

La razionalizzazione del Ssn nel 1999*

Fabrizio Politi**

SOMMARIO: 1. Introduzione. I contenuti della riforma del 1999 e la collocazione della stessa all'interno della spinta riformatrice della XIII legislatura. – 2. I commenti della dottrina. – 3. Il fondamento di valore della riforma del 1999 e la sua “capacità di tenuta”.

ABSTRACT:

L'articolo, sottolineata l'opportunità di collocare la riflessione sulla razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale operata con il d.lgs. n. 229 del 1999 nel contesto riformatore della XIII legislatura, ne ripercorre i principali contenuti, facendo emergere la natura organica e sistematica della novella legislativa. L'Autore si concentra poi sulla ricostruzione del dibattito che la riforma del 1999 sollevò nella dottrina giuspubblicistica coeva. Particolare attenzione è posta all'esame delle opinioni critiche, le quali hanno tuttavia lasciato il passo, nel tempo, ad una valutazione complessivamente positiva circa non soltanto la tenuta di quell'intervento riformatore, bensì anche relativamente all'effetto di aver riconciliato il “nuovo” Ssn regionalizzato e aziendalizzato con i principi fondamentali e la logica di sistema della riforma del 1978.

The essay, after underlining the opportunity to consider the rationalization of the National Health Service established by legislative decree n. 229 of 1999 ad belonging to the reforms' period of the 13th legislature, reminds the main contents, bringing out the organic and systematic nature of the decree. Then, the Author focuses on the reconstruction of the debate that the 1999 reform raised in the contemporary public-law literature. Particular attention is paid to the examination of critical opinions, which have, however, been overcome by positive assessment concerning not only the resilience of this reform, but also concerning the effect of having reconciled the “new” Ssn of 1992 with the fundamental principles of the l. 833/1978.

* Contributo referato dalla Direzione della rivista. L'articolo è frutto della rielaborazione della relazione presentata dall'Autore al XVI Convegno nazionale di Diritto sanitario dedicato a “Il diritto sanitario e sociosanitario a quarant'anni dalla legge 833”, organizzato il 29 e 30 novembre 2018 ad Alessandria dal CEIMS (Centro d'Ecceellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell'Università del Piemonte Orientale) e dalla SoDiS-Società italiana di Diritto sanitario.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università dell'Aquila, fabrizio.politi@ec.univaq.it.

1. Introduzione. I contenuti della riforma del 1999 e la collocazione della stessa all'interno della spinta riformatrice della XIII legislatura

L'esame della riflessione della dottrina giuspubblicistica sulla riforma del 1999¹ può svilupparsi lungo molteplici direttrici e, a questo proposito, appare opportuno ricordare preliminarmente – sia pure per sommi capi – le maggiori novità introdotte con il d.lgs. n. 229 del 1999 quali elementi intorno ai quali provare a ricostruire le valutazioni registrate (negli anni successivi al 1999) all'interno del dibattito dottrinale. Questo “inventario” iniziale si rivela utile anche con riguardo alle scelte legislative successive (nel senso della individuazione di quali e quante parti della disciplina del 1999 abbiano “tenuto” e quali siano state ritenute – ed eventualmente per quali ragioni – bisognevoli di successivi mutamenti).

Prima ancora di ricordare i contenuti del d.lgs. n. 229 del 1999, occorre rammentare che la “riforma” del 1999 va collocata all'interno di quella tendenza riformatrice che caratterizza fortemente la XIII legislatura (1996-2001). Molte sono infatti le “grandi riforme” approvate in quegli anni e ci si può chiedere cosa resti oggi di quella legislatura, indubbiamente caratterizzata da una grande spinta riformatrice che, a livello costituzionale, si apre con l'approvazione della legge costituzionale n. 1 del 1997 (istitutiva della Commissione bicamerale per le riforme istituzionali e che, nonostante il fallimento di tale Commissione, costituisce di fatto il primo passo della riforma che porterà alle leggi costituzionali del 1999 e del 2001) e che termina e culmina con la legge costituzionale n. 3 del 2001 (di modifica del titolo V della Costituzione). E, in tale arco temporale, non possiamo non ricordare la legge n. 59 del 1997 (che conferiva al governo un ampio numero di deleghe per la riforma di tutto l'apparato delle pubbliche amministrazioni e che poneva il principio del c.d. “federalismo amministrativo” con l'affermazione del principio di sussidiarietà in senso verticale e con un ampio trasferimento di funzioni al livello locale). E nell'esercizio della delega conferita dalla legge n. 59/1997 sarà adottato il d.lgs. n. 112 del 1998 (“*Conferimento di*

¹ La dottrina in materia è ormai sterminata: senza pretesa di esaustività, v. R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2000; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistemati*, Milano, Giuffrè, 2002; L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, Giappichelli, 2003; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e di diritto comparato*, Milano, Giuffrè, 2005; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in *Diz. dir. pubbl.*, diretto da S. Cassese, vol. VI, Milano, Giuffrè, 5399 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007; ID. (a cura di), *Salute e sanità*, Milano, Giuffrè, 2010; E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011; R. BALDUZZI (a cura di), *La Sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino, 2012; A. PIOGGIA, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2011, p. 127 ss.; R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2010; M. CARTABIA, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2012, p. 455 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; E. LONGO, *Le relazioni giuridiche nel sistema dei diritti sociali*, Padova, Cedam, 2012; A. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013; G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, Editoriale scientifica, 2012; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2015.

funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59)².

Questo “clima riformatore” si respira pienamente anche nella legge delega n. 419 del 1998 (*“Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo numero 502 del 1992”*) che è alla base del d.lgs. n. 229 del 1999. Già la semplice lettura della intitolazione della legge delega n. 419 del 1998 indica i contenuti della riforma²: 1) l’introduzione di modifiche al d.lgs. n. 502 del 1992 (di cui si avvertiva dunque la necessità di una modifica)³; 2) l’idea che le predette modifiche non potessero limitarsi ad una qualche (più o meno puntuale) “correzione”, ma piuttosto dovessero essere espressione di una “razionalizzazione” del S.s.n.; 3) la redazione di un testo unico sulla materia “organizzazione e funzionamento del S.s.n.”⁴.

Con riguardo al contenuto specifico della legge delega, l’art. 1 della l. n. 419/1998 conferiva al Governo delega legislativa (da utilizzare in un termine abbastanza contenuto: 180 giorni) per l’adozione di “uno o più decreti legislativi recanti disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni” (con la specificazione che l’esercizio della delega doveva avvenire “nel rispetto delle competenze trasferite alle regioni con il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112”) e ponendo (art. 2) un lungo elenco di principi e criteri direttivi fra cui vanno ricordati, oltre alla “piena realizzazione del diritto alla salute e dei principi e degli obiettivi previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833” e al completamento del “processo di regionalizzazione e ... di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale”, la garanzia della libertà di scelta dell’assistito “nell’ambito della programmazione sanitaria” e la realizzazione della partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla programmazione ed alla valutazione dei servizi sanitari.

² La legge n. 421 del 1998 conferiva delega al Governo anche per il riordino della medicina penitenziaria (art. 5) e per la “Ridefinizione dei rapporti tra università e Servizio sanitario nazionale” (art. 6). Per una prima analisi del contenuto di tale legge delega v. R. BALDUZZI, *La legge n. 419/1998 recante delega per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d’insieme*, in *San. Pubbl.*, 1999, p. 161.

³ La legge delega (art. 3) introduceva immediate modifiche all’art. 3, co. 6, del d.lgs. n. 502 del 1992, concernente i provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (“adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti ... senza necessità di valutazioni comparative”) e rimettendo alle regioni il compito di determinare “i parametri di valutazione dell’attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari”.

⁴ La legge delega (art. 4) conferiva al Governo il potere di adottare un decreto legislativo “recante un testo unico delle leggi e degli atti aventi forza di legge concernenti l’organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale”, testo da redigere coordinando le disposizioni previste dai decreti legislativi adottati in attuazione della delega medesima con le ulteriori disposizioni vigenti in materia (“ed in particolare con quelle previste dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni”), anche “apportando le opportune modificazioni integrative e correttive nonché quelle necessarie al fine del coordinamento stesso”.

Fra i principi vi erano anche quelli della razionalizzazione (“al fine di eliminare sprechi e disfunzioni”) delle strutture e delle attività connesse alla prestazione di servizi sanitari e del perseguimento della efficacia e dell’efficienza dei servizi sanitari (“a garanzia del cittadino e del principio di equità distributiva”) e della individuazione delle “modalità di controllo e verifica ... dell’appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni” al fine di “razionalizzare l’utilizzazione delle risorse”, con l’integrazione (“a livello distrettuale”) dei servizi sanitari con quelli sociali.

Si prevedeva anche (oltre ad una nuova disciplina della dirigenza sanitaria e alla ridefinizione dei requisiti per l’accesso all’incarico di direttore generale delle aziende usl e delle aziende ospedaliere, alla razionalizzazione degli interventi in materia di formazione del personale sanitario ed al collegamento delle strategie e degli strumenti della ricerca sanitaria con le finalità del Piano sanitario nazionale) una ridefinizione del ruolo del Piano sanitario nazionale (chiamato a porre “gli obiettivi di salute, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni efficaci ed appropriate da garantire a tutti i cittadini a carico del Fondo sanitario nazionale”) e (oltre all’attivazione dei distretti) la definizione dei criteri per il rilascio dell’autorizzazione a realizzare strutture sanitarie, nonché la definizione di “un modello di accreditamento” (“rispondente agli indirizzi del Piano sanitario nazionale”) delle strutture sanitarie pubbliche e private, con indicazione degli standard minimi di strutture, attrezzature e personale, e l’introduzione di un sistema di remunerazione dei soggetti erogatori e previsione (“insieme al pagamento a tariffa delle prestazioni”) dei “livelli di spesa e modalità di contrattazione per piani di attività”.

In attuazione di tali principi e criteri direttivi, il d.lgs. n. 229/1999 (che afferma esplicitamente di adempiere al compito di razionalizzazione del S.s.n.) ridelinea la struttura del S.s.n.: dalla riscrittura dei principi fondamentali del S.s.n. (art. 1)⁵ alla disciplina delle unità sanitarie locali⁶ e delle aziende ospedaliere; dalla disciplina della dirigenza⁷ alla discipli-

⁵ Vedi *infra*.

⁶ Il d.lgs. n. 299/1999 riscrive l’art. 3 del d.lgs. n. 502 del 1992 e, dopo aver specificato che spetta alle regioni (“attraverso le unità sanitarie locali”) assicurare i livelli essenziali di assistenza, assegna alle unità sanitarie locali la qualità di “aziende con personalità giuridica pubblica” aventi “autonomia imprenditoriale” e la cui organizzazione e funzionamento “sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato”, che “individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”. Tali aziende “informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l’equilibrio di costi e ricavi” e che “agiscono mediante atti di diritto privato”. Con riguardo al patrimonio e alla contabilità delle aziende u.s.l., l’art. 5 del d.lgs. n. 229 del 1999 riscrive l’art. 5 del d.lgs. n. 502 del 1992, affermando che le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere “hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all’articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell’articolo 828, secondo comma, del codice civile”.

⁷ Con riguardo alla nomina del direttore generale (art. 3 d.lgs. n. 229 del 1999 che aggiunge al d.lgs. n. 502 del 1992, ulteriori articoli: 3-bis, 3-ter, ecc.), si elencano i requisiti minimi richiesti e si assegna alle regioni il compito di determinare (“preventivamente, in via generale”), i criteri di valutazione dell’attività dei direttori generali, “avendo riguardo

na del distretto⁸ a quella del dipartimento di prevenzione;⁹ dalla disciplina dei medici di medicina generale¹⁰ all'affermazione del principio della integrazione sociosanitaria (art. 3-septies)¹¹; dalla disciplina dell'area delle professioni sociosanitarie (art. 3-octies)¹² alla disciplina relativa all'autorizzazione e all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria (e a

al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari". Con riguardo alla disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie, l'art. 13 del d.lgs. n. 229 del 1999 riscrive l'art. 15 del d.lgs. n. 502 del 1992, n.502, disponendo che "la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali" ed è rimessa alla contrattazione collettiva nazionale l'individuazione dei "criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato". Si specifica inoltre che l'attività dei dirigenti sanitari "è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. Si prevedono inoltre i meccanismi di verifica dei dirigenti e di delimitazione dei rispettivi poteri e responsabilità.

⁸ Il d.lgs. n. 229 del 1999 rimette alla legge regionale il compito di disciplinare l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Spetta al distretto (che "assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie ..., nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali") garantire l'assistenza primaria ("ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali"), il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate, e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. L'organizzazione dipartimentale viene ad essere definita (art. 17-bis) "il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie" e sul direttore di dipartimento (nominato dal direttore generale) ricadono le responsabilità sia professionali ("in materia clinico-organizzativa e della prevenzione") sia di tipo gestionale ("in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti").

⁹ Con riguardo al dipartimento di prevenzione (art. 7-bis d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999), è assegnata alle regioni la competenza a disciplinare l'istituzione e l'organizzazione, quale "struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita". Le funzioni svolte dal dipartimento di prevenzione, da individuarsi in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, sono: a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie; b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali; c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; d) sanità pubblica veterinaria; e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti; f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

¹⁰ Con riguardo ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, (art. 8 d.lgs. n. 502 del 1992 come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999), si prevede che il rapporto tra tali figure ed il Servizio sanitario nazionale "è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali".

¹¹ Vengono definite "prestazioni sociosanitarie" le attività "atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". Fra esse vengono ricomprese le "prestazioni sanitarie a rilevanza sociale" ("attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite") e le "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" ("attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute").

¹² L'art. 3-octies (Area delle professioni sociosanitarie) rimette a decreto del Ministro della sanità la disciplina dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

quella concernente l'accreditamento istituzionale¹³ e gli accordi contrattuali¹⁴); dalla disciplina relativa alla ricerca¹⁵ e alla formazione¹⁶ all'ampliamento delle forme di partecipazione degli utenti¹⁷.

¹³ L'art. 8-bis (Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) rimette alle regioni il compito di assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza "avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ... nel rispetto degli accordi contrattuali" (ed i cittadini "esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali"). Per un primo commento v. C. ANNECCHIARICO, *Il sistema dell'accreditamento nel servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI e G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, Milano, Giuffrè, 2001, pp. 129 ss.

¹⁴ La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie (art. 8-ter) sono subordinate ad autorizzazione (conseguente al rispetto di requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi "stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento"). L'esercizio di attività sanitarie per conto o a carico del S.s.n vengono subordinate al rilascio delle autorizzazioni (art. 8-ter), dell'accreditamento istituzionale (art. 8-quater) e alla stipula degli accordi contrattuali (art. 8-quinquies). L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione ("alle strutture autorizzate, pubbliche o private ed ai professionisti") subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (e con la specificazione che "la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali"). È rimesso alle regioni il compito di definire "l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali" (art. 8-quinquies). Con riguardo alla disciplina dei controlli (art. 8-octies), è rimesso alla regione e alle unità sanitarie locali l'attivazione di "un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese" (con responsabilità del direttore generale, dei direttori di dipartimento e dei dirigenti responsabili di struttura complessa). E' rimesso ad atto di indirizzo e coordinamento stabilire ("sulla base dei criteri di cui all'articolo 8-quinquies"), i principi "in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate", mentre alle regioni ("in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento") spetta determinare: "a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni ...; b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo; c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture; d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo".

¹⁵ La ricerca sanitaria "risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del S.s.n. e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale" (art. 12-bis). È rimesso al Piano sanitario nazionale definire ("con riferimento alle esigenze del S.s.n. e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca") gli obiettivi e i settori principali della ricerca del S.s.n., mentre il Ministro della Sanità adotta il programma triennale di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari.

¹⁶ Con riguardo ai rapporti con le università, si prevede la stipula (art. 6-bis) di Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del S.s.n. (adottate nel rispetto di linee guida, elaborate dal Ministero, e che determinano "i parametri al fine di individuare le strutture universitarie per lo svolgimento delle attività assistenziali e le strutture per la formazione specialistica e i diplomi universitari"). Con riguardo alla "formazione continua", si prevede (art. 16-bis) che la stessa "comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. l'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale".

¹⁷ E' modificato l'art. 14 d.lgs. n. 502 del 1992, con l'aggiunta della previsione del potere delle regioni di prevedere "forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale".

Dal punto di vista della tecnica legislativa, il d.lgs. n. 229/1999 interviene (novellandolo) sul testo del d.lgs. n. 502/1992, riscrivendo interi articoli ed aggiungendone numerosi altri. Emblematica si rivela la riformulazione (da parte del d.lgs. n. 229/1999) dell'art. 1 del d.lgs. n. 502 del 1992 che, nel testo originario, aveva anche una rubrica meno "ambiziosa" ("*Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza*") rispetto a quella ("*Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*") che registriamo in seguito alla riscrittura operata dal d.lgs. n. 229/1999. Ed infatti, la versione originaria dell'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992 rimetteva al Piano sanitario nazionale¹⁸ (predisposto dal Governo, sentite le commissioni parlamentari permanenti competenti, e d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, "nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale ed *in coerenza* con l'entità del finanziamento assicurato al S.s.n.") stabilire gli "obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del S.s.n." ed "i livelli di assistenza da assicurare in condizioni di uniformità sul territorio nazionale ed i relativi finanziamenti".

La nuova formulazione dell'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992 (introdotta dall'art. 1 del d.lgs. n. 229/1999) conferisce un più alto contenuto a tale disposizione, ricollegandola innanzitutto a quanto disposto dall'art. 32 Cost., dichiarando che "La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto".

Il primo comma dell'art. 1 d.lgs. n. 229/1999 già delinea i temi centrali di tale atto normativo ed attorno ai quali (inevitabilmente) si soffermerà anche l'attenzione della dottrina: dalla portata sostanziale del diritto alla salute (da tutelarsi "nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana") al rapporto fra Stato e Regioni (declinato sia nella dinamica

¹⁸ "Il Piano sanitario nazionale indica: a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione; b) i livelli uniformi di assistenza sanitaria da individuare sulla base anche di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione; c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali, ...; d) le esigenze prioritarie in materia di ricerca biomedica e di ricerca sanitaria applicata, orientata anche alla sanità pubblica veterinaria, alle funzioni gestionali ed alla valutazione dei servizi e delle attività svolte; e) gli indirizzi relativi alla formazione di base del personale; f) le misure e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti; g) i finanziamenti relativi a ciascun anno di validità del piano in coerenza con i livelli uniformi di assistenza" (art. 1, co. 4, d.lgs. n. 502/1992).

del rapporto fra Piano sanitario nazionale e Piani sanitari regionali, sia nel rapporto della nuova disciplina con quanto disposto dal d.lgs. n. 112/1998)¹⁹.

Nel secondo comma dell'art. 1 d.lgs. n. 502/1992 (come modificato dall'art. 1 d.lgs. n. 229/1999) vengono ribaditi i principi ("dignità della persona umana", "bisogno di salute", "equità nell'accesso all'assistenza", "qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze", "economicità nell'impiego delle risorse") nel rispetto dei quali il Piano sanitario nazionale è incaricato di definire i Lea da garantire mediante le risorse pubbliche e "in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833".

E nel terzo comma si trova l'ulteriore affermazione, che differenzia sostanzialmente il d.lgs. n. 229 dal d.lgs. n. 502 e rappresentata dalla precisazione che la individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza "è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale" e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria e specificandosi che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal S.s.n. "a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente".

2. I commenti della dottrina

Numerose sono state le riflessioni dottrinali che si sono soffermate sui contenuti della riforma del 1999 sia negli anni immediatamente successivi, sia anche in quelli più vicini a noi in ragione della perdurante vigenza e della "capacità di tenuta" della novella (giacché le modifiche intervenute in questi due decenni hanno sempre riguardato aspetti marginali o ulteriori rispetto a quelli di cui all'intervento normativo del 1999).

Molteplici possono essere i "punti di tensione" intorno ai quali provare a raccogliere le differenti posizioni dottrinali.

Il primo argomento da cui prendere le mosse appare quello relativo alla dimensione innovativa del d.lgs. n. 229/1999. A questo proposito la dottrina si è divisa fra quanti, pur sottolineandone le indubbie novità, hanno collocato la riforma del 1999 (sia pure in una linea di razionalizzazione e di adeguamento) all'interno del solco tracciato dalle riforme precedenti (1978 e 1992/1993)²⁰ e quanti invece hanno ritenuto di individuare elementi

¹⁹ Sempre nell'art. 1 è affermato il ruolo delle regioni sia nella elaborazione del Piano sanitario nazionale sia nella funzione assegnata al Piano sanitario regionale (quale "piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale").

²⁰ N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo – Le funzioni di ordine, le funzioni del benessere*, Milano, Giuffrè, 2003, p. 644, afferma che "rispetto al d.lgs. 502/1992, la terza riforma sanitaria di cui al d.lgs. 229/1999 non si distingue per innovazioni radicali, ma conferma e porta a compimento i processi già avviati (come quel-

di netta discontinuità rispetto alle normative precedenti (differenziandosi poi fra quanti hanno giudicato positivamente le innovazioni introdotte e quanti le hanno valutate negativamente)²¹.

E così se alcuni²² hanno affermato che il decreto del 1999 si limita ad introdurre elementi di correzione (senza stravolgerne l'assetto) al decreto n. 502, altri hanno sottolineato la portata innovativa del d.lgs. n. 229 giacché “se è vero che le innovazioni sostanziali non sono dirimenti, il decreto realizza un'importante cambio di prospettiva”²³, in particolare in ragione del riconoscimento ai servizi sanitari regionali di “elementi costitutivi” del Servizio sanitario nazionale (che viene infatti ad essere definito come il “complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali”)²⁴. Secondo un altro orientamento il d.lgs. n. 229 ripropone (sia pure sotto vesti diverse) il quadro valoriale della riforma del 1978²⁵, pur confermando la validità della soluzione organizzativa fondata sulla aziendalizzazione e delineando di fatto una “nuova strutturazione dei rapporti tra stato e regioni in campo sanitario”²⁶.

E Lorenzo Cuocolo evidenzia come questa “nuova visione prospettica” trovi chiara conferma proprio con riguardo al ruolo delle Regioni nei procedimenti di elaborazione ed approvazione degli strumenti pianificatori (dal ruolo incisivo delle stesse nella elaborazione del Piano sanitario nazionale alla definizione del Piano sanitario regionale quale “piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche riferimento agli obiettivi del piano sanitario nazionale”)²⁷.

Ma se Lorenzo Cuocolo giudica positivamente le novità introdotte dal d.lgs. n. 229/1999, altri esprimono invece giudizi negativi su tali novità. E così, fra le voci maggiormente criti-

li di regionalizzazione del servizio sanitario e di aziendalizzazione delle Usl) ed interviene su alcuni aspetti non presi in considerazione della riforma precedente”. Secondo questa impostazione, la riforma del 1999 si limiterebbe dunque ad introdurre scelte correttive dell'assetto del decreto legislativo n. 502/1992.

²¹ Ed ovviamente le numerose riflessioni dottrinali registrate in questi anni hanno occupato l'intero arco delle possibili posizioni individuabili fra gli estremi della positività-negatività del giudizio di merito e della innovatività-non innovatività della disciplina posta dal d.lgs. n. 229/1999.

²² N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 644 ss.

²³ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., 31.

²⁴ Questo aspetto è chiaramente sottolineato da R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit., p. 21.

²⁵ S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, Franco Angeli, 2015, p. 124: “Con il d. lgs. n. 229/1999 si è inteso quindi riproporre, in una versione razionalizzata, la cultura, le finalità e le idealità proprie della riforma del 1978: si iscrive in tale contesto la sussunzione delle attività di tutela della salute entro la categoria di funzione pubblica realizzativa del diritto soggettivo attribuito alla universalità delle persone, di cui si garantisce la libertà della dignità. È con il d.lgs. n. 229/1999 che si è cercato di agganciare le prestazioni alle effettive esigenze delle persone, creando quel meccanismo di garanzia voluto dal legislatore”. Vedi già R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit., p. 21, che sottolinea il “nuovo carattere” del S.s.n. dopo la riforma del 1999; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, cit., pp. 63 ss.

²⁶ M. FERRERA, F. MAINO, *Le politiche sanitarie*, in M. FERRERA (a cura di), *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 2006, pp. 171 ss.

²⁷ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., p. 31.

che nei confronti della riforma del 1999, va annoverata quella di Carlo Bottari, che in realtà (nella parte iniziale del proprio scritto) esprime parole di apprezzamento per la riforma (ed in particolare per la scelta operata dal legislatore delegato di collegarsi direttamente con la disciplina dell'art. 32 della Costituzione)²⁸, ma poi, nell'esame concreto delle singole scelte operate dal d.lgs. n. 229, manifesta giudizi molto negativi.

Tale autore muove da un forte apprezzamento dei contenuti della riforma del 1992 e pertanto non meraviglia il fatto che esprima giudizi negativi verso una normativa che non solo riscrive per gran parte la disciplina del 1992, ma che rappresenta un deciso cambio di indirizzo verso alcune scelte basilari del legislatore del 1992²⁹.

Non può dunque meravigliare l'opinione di chi, valorizzando la riforma del 1992, ha parole anche di forte critica nei confronti del d.lgs. n. 229/1999. Ed infatti, nonostante l'apprezzamento iniziale, rivolto nei confronti della riforma del 1999 per il diretto collegamento

²⁸ C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in *I diritti costituzionali*, a cura di R. Nania, P. Ridola, vol. II, Torino, Giappichelli, 2001, pp. 761 ss., che sottolinea (p. 765) che "si va facendo strada un ragionamento che porta a considerare la tutela della salute non tanto come una posizione giuridica dell'individuo nei suoi diversi rapporti, sia pubblici che privati, quanto piuttosto come un elemento essenziale della personalità umana". Ed aggiunge che è "significativo, a tale riguardo, che l'ultimo intervento legislativo in materia (d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 «Norme per la razionalizzazione del S.S.N., a norma dell'art. 1, legge 30 novembre 1998, n. 419») ponga come limiti inderogabili degli interventi attuativi dello stesso diritto «i principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché della economicità nell'impiego delle risorse». In tale rinnovato contesto appare centrale riferimento alla dignità della persona umana, concetto ben presente anche nei lavori dell'assemblea costituente, che proprio nell'articolo 32 trova la sua più chiara ed esaustiva affermazione allorquando, al secondo comma, a proposito dei trattamenti sanitari obbligatori, si costituzionalizza il principio ... secondo il quale «la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Per Bottari "La più recente normativa tenta, dunque, di assicurare concreta garanzia a tale principio generale attribuendo allo Stato il compito di attuare il disposto costituzionale in tema di tutela della salute quale dovere dell'intera comunità di salvaguardare il rispetto della dignità della persona umana" e aggiunge (pagg. 765-766) "è chiaro che l'intervento è strettamente e necessariamente legato alla quantità di risorse impegnate, ma ciò che non si disconosce più è che un «minimo» deve essere in ogni caso assicurato". E l'autore cita la (allora recentissima) sentenza n. 309 del 1999 della Corte costituzionale in cui si afferma che la tutela del diritto alla salute non può non subire condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, ma contestualmente precisa che «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana».

²⁹ C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, cit., pp. 772 ss., prima di analizzare il contenuto della riforma del 1999, si sofferma sul "riordino della disciplina del 1992", che "si impernia sulla rivisitazione del sistema di finanziamento" (basato sulle "risorse disponibili definite annualmente dalla legge finanziaria") e su una "maggiore responsabilizzazione delle Regioni" (anche "nella scia delle grandi riforme degli anni '90 (leggi 8 giugno 1990, n. 142 e 7 agosto 1990, n. 241)") e sul principio della aziendalizzazione ("che contribuisce a dare un assetto giuridico definito alle unità sanitarie locali ed agli ospedali di più rilevante consistenza». Con la riforma del 1992, "Il legislatore intende introdurre anche nella sanità l'utilizzazione di strumenti prettamente privatistici sia pur salvaguardando il preminente interesse pubblico che caratterizza i settori in questione ... L'azienda unità sanitaria locale diviene, da questo momento, autonomo soggetto dell'ordinamento, ispirato al modello aziendalistico tenuto ad operare secondo principi di economicità, pur se si tratta di una economicità parziale, nel senso che il regime giuridico non è ispirato a criteri di totale privatizzazione troppo rilevante ed essenziale restando, infatti, il servizio reso, poiché non può subordinarsi a principi totalmente privatistici la funzione di tutela della salute pubblica" (p. 773). C. BOTTARI - L. VANDELLI, *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, Maggioli, 2000, pp. 29 ss.; v. anche C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, Giappichelli, 1999.

con i valori ex art. 32 Cost., tale opinione dottrinale, quando passa a commentare i singoli specifici contenuti della riforma, rivolge considerazioni molto negative nei confronti del d.lgs. n. 229 del 1999 di cui critica numerosi (se non tutti gli) aspetti.

Più avanti si illustreranno le ragioni che portano a non condividere il giudizio negativo che Bottari esprime sul d.lgs. n. 229/1999, ma innanzitutto va evidenziato che l'elemento che depone in maniera decisiva a favore della portata innovativa del decreto del 1999 è la riscrittura dell'art. 1 d.lgs. n. 502 ed in particolare la previsione che l'individuazione dei livelli essenziali avvenga "contestualmente" alla individuazione delle risorse finanziarie destinate servizio sanitario nazionale.

Non può infatti dimenticarsi che l'originario d.lgs. n. 502 prevedeva la determinazione dei livelli "in coerenza" con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale, mentre la nuova formulazione, pur riconoscendo la necessità di doversi misurare con le esigenze dei vincoli di finanza pubblica, al tempo stesso mira a tutelare in maniera più efficace le esigenze di tutela della salute abbandonando così "la pericolosa tendenza a funzionalizzare il *quantum* di salute domandato dalla collettività ai vincoli di bilancio"³⁰. Lungo questa linea di riflessione si tocca la questione che accompagna tutte le riflessioni in tema di tutela della salute e che è quella relativa alla contrapposizione fra risorse a disposizione (e dunque l'attenzione alle esigenze di bilancio) e l'affermazione completa della tutela del diritto alla salute. A questo proposito, la contrapposizione fra l'orientamento della legge del 1978 (che poneva nettamente la prevalenza della seconda) e la scelta del d.lgs. n. 502/1992 (che dava prevalenza al vincolo delle risorse a disposizione) viene superata dalla riforma del 1999 con il riconoscimento della inevitabile necessità di individuazione di risorse finanziarie ma con l'affermazione che tale riconoscimento non può giungere a porre in netta subordinazione la tutela del diritto alla salute giacché l'individuazione delle prestazioni deve avvenire "contestualmente" alla determinazione delle risorse assegnate alla tutela della salute.

A questo proposito appare opportuno ricordare quanto affermato (nel 2010), in un lavoro concernente non solo l'ambito sanitario, ma più in generale il "diritto di welfare" (e cioè il sistema di welfare del nostro Paese), da Paolo Carrozza secondo cui "gli unici momenti di seria riflessione" sul nodo della riforma del welfare (nodo che, aggiunge l'autore, "ha visto raramente soffermare l'attenzione della classe politica e degli studiosi") "sono stati occasionati per un verso dai lavori di stesura delle leggi (*sic*) n. 229 del 1999, sulla riforma della sanità, e n. 328 del 2000 sulla riforma dell'assistenza sociale e, per altro verso, dalla pubblicazione del rapporto Onofri"³¹.

Queste considerazioni di Paolo Carrozza (che vede i due "capisaldi istituzionali del nuovo welfare" nello Stato quale "garante dell'eguaglianza" e nelle regioni quali "attrici della

³⁰ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo il federalismo*, cit., p. 32.

³¹ P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, in AA.VV., *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, a cura di M. Campedelli, P. Carrozza e L. Pepino, Bologna, Il Mulino, 2010, p. 219.

differenziazione”)³² appaiono ai nostri fini particolarmente significative in quanto confermano la validità dell’impianto del d.lgs. n. 229/1999. E non è inutile ricordare che è il d.lgs. n. 229/1999 ad introdurre il concetto di “essenzialità” dei livelli (essendo rimesso al Piano sanitario nazionale la determinazione dei “livelli essenziali e uniformi di assistenza”, c.d. Lea), terminologia che in seguito sarà fatta propria dalla riforma del 2001 (e che, sotto tale veste, sarà posta all’attenzione della dottrina)³³.

Un altro argomento attorno al quale possiamo registrare le differenti posizioni della dottrina (sempre con riguardo al d.lgs. n. 229/1999) è quello relativo al rapporto Stato-Regioni³⁴. A questo proposito non può non ricordarsi che in *subiecta materia* si pone da una parte il riconoscimento dell’utilità e del valore di forme di differenziazione, ma dall’altra parte anche la considerazione della necessità di assicurare livelli uniformi di tutela della salute. La riforma del 1999 registra critiche in merito al rapporto fra Stato e regioni, in particolare con riguardo ad una lamentata restrizione degli ambiti di scelta delle regioni il cui ruolo sarebbe stato ridotto in ragione della introduzione di una normativa che, a proposito ad esempio dell’organizzazione del servizio, si caratterizzerebbe per la pervasività e l’estremo

³² P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, cit., pp. 233-234.

³³ E P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, cit., p. 234, sottolinea che “è chiaro che per il suo funzionamento molto dipende da cosa si intenda per livelli essenziali, se essi costituiscono dei «minimi vitali» ovvero se essi si attestino sui livelli attuali delle prestazioni erogate ovvero ancora su livelli medio-alti dei contenuti delle prestazioni”. Evidente appare il riflesso in tali considerazioni del dibattito dottrinale relativo alla portata dell’espressione “livelli essenziali” sviluppatosi negli anni successivi al biennio 1999-2001; ed infatti lo stesso Carrozza fa riferimento al saggio di G. DELLEDONNE, *Federalismo, livelli essenziali, diritti*, *ibidem*, pp. 251 ss. (e alla dottrina ivi richiamata). Vedi, in particolare, E. BALBONI (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli, Jovene, 2008; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell’art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *Pol. dir.*, 2002, 346 ss.; A. D’ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, pp. 1106 ss.; C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 2002, pp. 895 ss.; M. BELLETTI, *I «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali ...» alla prova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2003, pp. 616 ss.; R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit.; D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit.; A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent’anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009; R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e Salute*, Padova, 2007; ID., *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e Pensiero, 2011, pp. 71 ss.; ID., *Livelli essenziali e risorse disponibili. La sanità come paradigma*, in F.A. ROVERSI MONACO - C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, Maggioli, 2012, pp. 79 ss.; ID. (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, cit.; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Milano, 2001; ID., *Diritto alla salute e diritto all’assistenza tra tensione all’uniformità e logiche della differenziazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e Assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., pp. 103 ss.

³⁴ Lorenzo Cuocolo (*La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., pp. 193 ss.), esaminando le novità introdotte dal decreto 229/1999, evidenzia come questo si occupi diffusamente dei livelli di assistenza (che assumono la denominazione di «livelli essenziali e uniformi di assistenza») e analizzando in particolare la riscrittura dell’art. 1 del decreto 502, individua “un atteggiamento differente sia rispetto alle previsioni della legge 833, sia rispetto a quelle del decreto 502”. Per l’autore depongono in tale direzione la ricostruzione del Ssn quale complesso dei servizi sanitari regionali (“con una prospettiva ben differente da quella della legge istitutiva”) e l’assegnazione della definizione dei livelli essenziali alla procedura di adozione piano sanitario nazionale (“rimessa durata del governo e non più rimessa alla fonte legislativa”).

dettaglio³⁵. E così (sempre con riguardo specifico alle dinamiche del rapporto fra Stato e Regioni), Lorenzo Cuocolo si è interrogato sui limiti di ammissibilità costituzionale della funzione statale di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria³⁶ evidenziando in particolare come in alcuni casi (ad esempio con riguardo all'atto di indirizzo e coordinamento che individua le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) si possa correre il rischio, da parte di un atto statale, di una "intrusione in ambiti materiali costituzionalmente riservati alle regioni, mediante atti amministrativi dotati peraltro di caratteri normativi"³⁷.

A questo proposito deve ricordarsi (come peraltro affermato nell'art. 1 del d.lgs. n. 229) che la riforma sanitaria del 1999 prende forma a ridosso del percorso che porta all'approvazione del decreto legislativo n. 112 del 1998 (che contiene un ampio trasferimento di funzioni dallo Stato alle regioni) ed il cui art. 114 dispone che "sono conferiti alle regioni ... tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato".

E, non a caso, anche con riguardo al rapporto intercorrente fra la disciplina posta dal d.lgs. n. 112/1998 e il d.lgs. n. 229/1999, quest'ultimo è stato fatto oggetto di critica in quanto ritenuto in "controtendenza" rispetto alle istanze della sussidiarietà (come esplicitate nel d.lgs. n. 112 del 1998)³⁸. Altri invece hanno sottolineato come la "regionalizzazione del governo della sanità" (confermata e "razionalizzata" dalla riforma del 1999, ma in realtà scelta risalente al 1992) finisca per porsi in contrasto con la tendenza «municipalista» in materia di assistenza sociale su cui si basa la legge-quadro n. 328/2000 (che, in aderenza a quanto previsto dalla legge n. 59 del 1997 e dal – poi novellato – art. 118 Cost., attribuisce le funzioni amministrative in materia assistenziale ai comuni)³⁹.

³⁵ G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, Maggioli, 2003, p. 37: "la razionalizzazione del 1999 rappresenta l'ultimo tentativo di addivenire ad un modello unico nazionale dell'erogazione dei servizi sanitari; a ciò risultano funzionali le linee di centralizzazione della materia, la ricerca di regole uguali per tutti nell'organizzazione delle Usl e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, l'eterodeterminazione dei contenuti delle leggi regionali, il mancato riconoscimento dei criteri di sussidiarietà verticale ed orizzontale nell'organizzazione dei servizi e l'inibizione della concorrenza".

³⁶ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., pp. 234 ss.; in dottrina, sul punto, v. S. STAIANO, *Sanità, indirizzo e coordinamento, poteri sostitutivi*, in *Le regioni*, 1992, p. 161; A. MALTONI, *Un opportuno contributo chiarificatore del giudice delle leggi in tema di funzioni di indirizzo e coordinamento nel settore sanitario*, in *Giur. cost.*, 1996, p. 2696; R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Introduzione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel decreto legislativo n. 229/1999*, cit., p. 15; L. CUOCOLO, *La funzione statale di indirizzo e coordinamento in materia sanitaria ed assistenziale, Primi spunti dopo la riforma costituzionale*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo riforma del titolo V*, cit., p. 323; R. MANFRELLOTTI, M. PLUTINO, *Profili dell'organizzazione sanitaria tra centralismo e regionalizzazione: prospettive di riforma*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio*, cit., pp. 95 ss.

³⁷ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., p. 238.

³⁸ C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, cit., pp. 778 ss.

³⁹ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., pp. 221-222, che evidenzia (p. 222) come "la frattura tra livello di gestione dell'assistenza sanitaria e il livello di gestione dell'assistenza sociale [ossa] causare inefficienze anche gravi, soprattutto laddove è necessario un approccio coordinato sanitario ed assistenziale".

E così Bottari contrappone nettamente la riforma sanitaria del 1999 (e dunque sia la legge delega n. 419/1998 che il d.lgs. n. 229/1999) alla coeva riforma della disciplina dei rapporti fra Stato e Regioni ed enti locali (contenuta nella legge n. 59 del 1997 e nel conseguente d.lgs. n. 112/1998)⁴⁰. Appare evidente l'opinabilità di tale operazione argomentativa volta ad unire due riforme che indubbiamente hanno punti di contatto ma che lo stesso legislatore parlamentare (con le due leggi delega sopra richiamate) ha volutamente tenuto distinte anche in considerazione della specificità della materia sanitaria.

Riletta oggi (a distanza di venti anni) la "esaltazione" (che Bottari compie) del d.lgs. n. 112/1998⁴¹ (quale espressione di una riforma "in chiave federalistica" volta ad attenuare "il peso della dicotomia tra materie regionali e materie non regionali") appare *ictu oculi* fuori misura sia per la differenza di ambito materiale delle due "coppie normative" (l. n. 59/1997 e d.lgs. n. 112/1998, da un lato, e l. n. 421/1998 e d.lgs. n. 229/1999 dall'altro), sia perché in realtà non vi è alcun "ribaltamento", ma anzi un coordinamento fra i due testi (ed infatti il d.lgs. n. 229/1999 espressamente cita nell'art. 1 il d.lgs. n. 112/1998 e quest'ultimo, a sua volta, lascia specifico spazio ad ulteriori atti normativi chiamati a disciplinare la materia sanitaria). E del resto lo stesso autore⁴² riconosce che il d.lgs. n. 112/1998 non "procede[re] ad un assetto articolato e definitivo della materia" (che sarebbe dovuto avvenire "soltanto a seguito della ristrutturazione del «centro»") e mantiene "inalterati i principi e gli obiettivi del servizio sanitario nazionale".

Alla luce di tali premesse appaiono opinabili le critiche rivolte dall'autore⁴³ al d.lgs. n. 229 definito (ma con accezione genativa) "la nuova legge di riforma sanitaria" volta addirittura

⁴⁰ C. BOTTARI, *op. ult. cit.*, p. 776: "Ci troviamo di fronte a due decreti delegati, emanati a breve distanza l'uno dall'altro, che parlano sostanzialmente due linguaggi ben diversi manifestano immediatamente la loro differente matrice: il primo inserito in un ampio progetto organico volto ad attuare il massimo di federalismo amministrativo realizzabile a costituzione invariata e predisposto ad opera di esperti della materia indirizzata ad incidere pesantemente sull'attuale assetto delle competenze, in particolare nel settore della sanità; il secondo inserito in un progetto di razionalizzazione del servizio sanitario nazionale a completamento della riforma avviata con il decreto legislativo 502/1992 e predisposto all'interno degli apparati ministeriali con il chiaro intento di non alterare se non in minima parte l'attuale sistema di riparto delle competenze in materia, ed addirittura realizzando un risultato palesemente in controtendenza dal momento che anziché decentrare si tende maggiormente alla centralizzazione. Due chiavi di lettura delle attuali problematiche molto distanti tra di loro, rispondenti alle logiche ed impostazioni culturali di estrazione diversa".

⁴¹ Sul decreto legislativo n. 112 del 1998, v. G. FALCON (a cura di), *Lo Stato autonomista*, Bologna, Il Mulino, 1998.

⁴² C. BOTTARI, *Commento all'art. 112*, in G. FALCON (a cura di), *Lo Stato autonomista*, cit., pp. 372 ss.

⁴³ C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, cit., pp. 2006, 1119-1120, secondo cui il d.legisl. n. 112/1998 ("accentuando il ruolo delle regioni") darebbe "una prima significativa applicazione del principio di sussidiarietà attraverso un progressivo e qualificato apporto del settore privato in genere", mentre il decreto Bindi "anziché intervenire per razionalizzare la materia interviene per introdurre una vera e propria nuova normativa di principio. La dimensione decisamente sproporzionata e le eccessive puntigliosa articolazione dello stesso decreto rendono evidente la volontà del legislatore che, chiamato in sede di conferimento della delega a completare, nello stesso tempo razionalizzandolo, un quadro normativo peraltro sostanzialmente definito ed in parte consolidato, coglie l'occasione, da tempo agognata, per riscrivere le linee quadro della materia indirizzandola verso modelli organizzativi ed assetti di competenze in senso diametralmente opposto alle più recenti tendenze innovative predisposte dalla medesima autorità governativa".

a sostituirsi anche alla l. n. 833/1978⁴⁴ “tanto come legge cornice ai sensi dell’art. 117 della Costituzione quanto come legge attuativa dei principi costituzionali di cui agli artt. 2, 3 e 32 della stessa Costituzione”. La semplice lettura del testo del d.lgs. n. 229/1999 (e dei testi normativi precedenti) dimostra la parzialità di tale giudizio che però l’autore reitera anche dopo la riforma costituzionale del 2001. Per Bottari infatti, in ragione della formulazione del nuovo Titolo Quinto, “le norme di cui al decreto Bindi del 1999, per le parti non ancora attuate, debbano intendersi ormai caducate e la disciplina delle spese trasferita in via esclusiva alle regioni” (e l’autore cita a conferma della propria ricostruzione la sent. n. 329 del 2003 della Corte costituzionale e la legge n. 131 del 2003)⁴⁵.

Questa lettura del d.lgs. n. 229/1999 non ha trovato condivisione nella dottrina prevalente né nella giurisprudenza costituzionale. Ma, prima ancora, va ribadito come una semplice lettura dei testi normativi in esame dimostri come il d.lgs. n. 229/1999 ponga una riaffermazione dei principi della legge n. 833/1978 (e dunque una piena tutela del diritto alla salute ex art. 32 Cost.) sia pure all’interno di quelle scelte organizzative (già operate dalla riforma del 1992) fondate sulla aziendalizzazione e sul ruolo delle Regioni. La peculiarità della riforma del 1999 è (dal punto di vista valoriale) nella negazione di una netta subordinazione della tutela del diritto alla salute alla misura delle risorse a disposizione e (dal punto di vista organizzativo) nella centralità dei Lea (che giustificano la peculiare dinamica dei rapporti fra Stato e Regioni).

Infondate si rivelano anche le ulteriori osservazioni rivolte da tale dottrina in merito ad una presunta assenza di un ruolo adeguato alle Regioni, essendo oggetto di critica l’assenza di un maggior riconoscimento della funzione del servizio sanitario regionale (ritenuto invece circoscritto da eccessivi limiti sia in sede di elaborazione della pianificazione sanitaria regionale sia in ragione della previsione di un diffuso esercizio dei poteri sostitutivi da parte del Ministero della Sanità)⁴⁶. E così, in questo ambito, è fatta oggetto di specifica critica la disciplina delle autorizzazioni, dell’accreditamento e degli accordi contrattuali, in quanto ritenuta troppo restrittiva per le Regioni, ed identiche considerazioni sono sviluppate con riguardo al processo di integrazione sociosanitaria (“tanto più alla luce dell’ultimo riordino di questa materia avvenuto con la legge 8 novembre 2000, n. 328, legge quadro per la realizzazione sistema integrato di interventi e servizi sociali”)⁴⁷.

⁴⁴ Ma se la *vis* polemica spinge Bottari ad individuare nel d.lgs. n. 229/1999 un testo volto a prendere il posto della legge n. 833 del 1978, un esame più distaccato dimostra invece che il d.lgs. n. 229/1999 riafferma i principi della l. n. 833 del 1978 (forse intaccati dalla riforma del 1992).

⁴⁵ C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, cit., II ediz., 2006, pp. 1123-1124.

⁴⁶ C. BOTTARI, *op. ult. cit.*, I ediz., pp. 780-781.

⁴⁷ C. BOTTARI, *op. ult. cit.*, I ediz., pp. 781-782, che così conclude: “Non risulta, pertanto, del tutto azzardato affermare che il decreto si pone in netta contraddizione con le linee di tendenza dello stesso legislatore riformista: in controtendenza rispetto alle innovazioni introdotte dalle Bassanini ...; in precaria discutibile conformità rispetto all’intervento legislativo, temporalmente successivo all’approvazione della legge delega sulla razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, in tema di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale (legge 13 maggio 1999, numero 133)”.

Per le ragioni sopra esposte tali critiche appaiono chiaramente eccessive ed altrettanto infondate si rivelano le ulteriori critiche mosse alla riforma del 1999 circa una lesione della libertà di iniziativa economica privata, della concorrenza e dell'autonomia costituzionalmente garantita all'istruzione universitaria. È agevole evidenziare che in questi decenni è stata la giurisprudenza (costituzionale ed ordinaria) a negare tale contrasto, così come anche la lamentata lesione dei principi in materia di libertà della concorrenza⁴⁸.

In questo ambito, altro profilo, altamente dibattuto (per i numerosi risvolti), è quello relativo al rapporto (e dunque alla tensione) fra dimensione pubblica e dimensione privata sia con specifico riguardo alla libera scelta del paziente fra strutture pubbliche e strutture

⁴⁸ C. BOTTARI, *op. ult. cit.*, p. 783, secondo cui la tutela della concorrenza è disattesa dall'art. 8-bis, co. 1, d. legisl. n. 229/1999 giacché “nel prevedere che i livelli uniformi di assistenza siano garantiti ed espressivi direttamente gestiti dalle diverse strutture pubbliche e soltanto in forma residuale da altri soggetti accreditati, introduce una evidente disparità di trattamento tra soggetti pubblici e privati, relegando questi ultimi ad un ruolo semplicemente integrativo”; l'autore (che vede nel decreto profili “che potrebbero risultare limitativi della concorrenza intralciando, nello stesso tempo, il processo di evoluzione tecnologica e scientifica del nostro sistema sanitario”) aggiunge che “non appare in linea con i principi costituzionali con le linee di tendenza della normativa comunitaria la previsione dell'articolo 8-ter, terzo comma, lett. m), che introduce l'obbligo per i comuni di acquisire, nell'esercizio delle loro competenze in materia di autorizzazioni e concessioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione, da rilasciarsi in rapporto al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, «anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture», Nella edizione successiva dell'opera *I diritti costituzionali*, a cura di R. Nania e P. Ridola, Torino, Giappichelli, 2006, p. 1001 ss., nel saggio di Bottari si ritrovano sostanzialmente le identiche considerazioni critiche, con l'unica aggiunta di un paragrafo relativo alla riforma costituzionale nel frattempo sopraggiunta (pp. 1123 ss.) ed in particolare alla portata dell'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost. e alla sent. n. 202 del 2002 della Corte costituzionale. Il giudizio negativo sul decreto Bindi non solo permane ma spinge l'autore a sostenere che la riforma costituzionale 2001, come interpretata dalla Corte costituzionale nella sent. n. 510 del 2002 (secondo cui, a detta dell'autore, “con la riforma del Titolo V il sistema delle competenze è stato profondamente rinnovato ed in tale quadro le regioni possono esercitare le attribuzioni, di cui ritengono di essere titolari, approvando una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale”) farebbe intendere che “le norme di cui al decreto Bindi del 1999, per le parti non ancora attuate, debbano intendersi ormai caducate e la disciplina delle stesse trasferita in via esclusiva alle regioni” (pag. 1124) (e l'autore cita a conferma della propria ricostruzione la sent. n. 329 del 2003 della Corte costituzionale e la legge n. 131 del 2003). Con riguardo alla critica circa l'approccio restrittivo in relazione all'effettiva libertà di scelta del paziente tra strutture pubbliche e private, si può ricordare anche il saggio di A. CORASANITI, *Sui profili di illegittimità costituzionale della legge di riforma del s.s.n.*, in *Ragiusan*, 2000, pp. 6 ss., secondo cui la riforma del 1999 introduce “livelli di dirigismo programmatico e, rispettivamente, di interventismo restrittivo, tali da comprimere oltre ogni ragionevole misura l'iniziativa privata nel settore e la sua potenzialità di offerta plurale di prestazioni sanitarie. In tal modo è stata, totalmente o parzialmente, esclusa e comunque gravemente condizionata la libera scelta della persona in ordine alle cure sanitarie, con violazione degli artt. 2, 3, 32 e 41 Cost.”. A questo proposito, L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., pp. 29-30, ricorda che “alcuni ordinamenti hanno optato per forme di regolazione che lasciano al paziente una piena libertà di scelta. Si pensi all'esperienza francese: soprattutto in riferimento alle prestazioni ambulatoriali, il paziente è del tutto libero di scegliere la struttura ed il professionista, pubblico privato, cui rivolgersi, con la certezza di ottenere il rimborso da parte della *Sécurité sociale* o delle assicurazioni integrative”.

private⁴⁹ sia in merito all'esistenza o meno di un principio di libero mercato all'interno del panorama delle prestazioni sanitarie⁵⁰.

A tutte le illustrate critiche risponde chiaramente Renato Balduzzi in particolare (ma non solo) nella Relazione di Varenna del 2004⁵¹; ma hanno risposto anche, da un lato, la gran parte della riflessione dottrinale e, dall'altro lato, la storia, sia nel senso della "capacità di tenuta" della disciplina e del quadro tracciato dal d.lgs. n. 229/1999, sia con riguardo agli orientamenti giurisprudenziali affermatasi in questi due decenni, sia infine quale capacità concreta dimostrata da tale normativa di porsi (in un'epoca non semplice) quale disciplina di tutela e di difesa del valore costituzionale di tutela del diritto alla salute.

3. Il fondamento di valore della riforma del 1999 e la sua "capacità di tenuta"

Nella dottrina prevalente, che a sua volta ricomprende numerose posizioni, a loro volta variegata, non troviamo (fatte salve alcune singole voci) linee di critica particolarmente forti, riscontrandosi invece generali valutazioni di apprezzamento nei confronti del d.lgs. n. 229/1999, di cui emerge chiaramente il punto di maggior significato rappresentato dal diretto collegamento della riforma del 1999 con la legge n. 833/1978 e dunque con l'art. 32 della Costituzione.

⁴⁹ E così, con riguardo ad una asserita restrizione, da parte del d.lgs. n. 229/1999 degli ambiti di scelta del paziente fra struttura pubblica e struttura privata, A. CORASANITI, *Sui profili di illegittimità costituzionale della legge di riforma del s.s.n.*, cit., pp. 6 ss., affermava che la riforma del 1999 introduce "livelli di dirigismo programmatico e, rispettivamente, di interventismo restrittivo, tali da comprimere oltre ogni ragionevole misura l'iniziativa privata nel settore e la sua potenzialità di offerta plurale di prestazioni sanitarie. In tal modo è stata, totalmente o parzialmente, esclusa e comunque gravemente condizionata la libera scelta della persona in ordine alle cure sanitarie, con violazione degli artt. 2, 3, 32 e 41 Cost.". A questo proposito, L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo il federalismo*, cit., pp. 29-30, ricorda che "alcuni ordinamenti hanno optato per forme di regolazione che lasciano al paziente una piena libertà di scelta. Si pensi all'esperienza francese: soprattutto in riferimento alle prestazioni ambulatoriali, il paziente è del tutto libero di scegliere la struttura ed il professionista, pubblico privato, cui rivolgersi, con la certezza di ottenere il rimborso da parte della *Sécurité sociale* o delle assicurazioni integrative".

⁵⁰ Al riguardo v. le considerazioni di R. BALDUZZI, *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, Relazione al 50° Convegno di studi amministrativi, Varenna, 16-18 settembre 2004, in *Quad. reg.*, 2005, n. 1, che risponde adeguatamente alle osservazioni critiche di A. CORASANITI, *Sui profili di illegittimità costituzionale della legge di riforma del s.s.n.*, cit., pp. 6 ss., che lamentava la compressione ("oltre ogni ragionevole misura") della iniziativa privata nel settore "e la sua potenzialità di offerta plurale di prestazioni sanitarie. In tal modo è stata, totalmente o parzialmente, esclusa e comunque gravemente condizionata la libera scelta della persona in ordine alle cure sanitarie, con violazione degli artt. 2, 3, 32 e 41 Cost."

⁵¹ R. BALDUZZI, *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione*, cit., che risponde, fra l'altro anche alle critiche relative ad una asserita compressione della libertà di iniziativa privata nel settore. E v. anche R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit.; ID. (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004; R. BALDUZZI e G. DI GASPARÈ (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, cit.; R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali a due anni dalla revisione costituzionale*, Milano, Giuffrè, 2005; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in *Diz. dir. pubbl.*, diretto da S. Cassese, cit., pp. 5399 ss.; ID. (a cura di), *La Sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2011; ID. (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, cit.; A. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit.

Ed infatti va evidenziato come la capacità di tenuta dimostrata dalla riforma del 1999 discenda innanzitutto dalla scelta (in essa contenuta) di ancoraggio ad un chiaro fondamento di valore (l'art. 32 Cost.) e dunque alla legge istitutiva del S.s.n. (la legge n. 833 del 1978) di cui si riafferma l'attualità e l'importanza, ma discende anche dalla capacità di individuazione di scelte strategiche (nel rapporto fra Stato e Regioni, nella definizione dei Lea, nella tensione fra tutela del diritto alla salute e i limiti delle capacità finanziarie, ecc.) capaci di dimostrare nel tempo la propria validità.

E (come sottolineato dalla migliore dottrina) il forte collegamento del d.lgs. n. 229/1999 con le idealità e i valori propri della riforma del 1978 si rinviene proprio nell'art. 1 (tutt'oggi vigente ed operante)⁵² del decreto (che riscrive l'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992), laddove afferma che la tutela della salute ("come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività") è garantita "nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il servizio sanitario nazionale"; ed a quest'ultimo (secondo comma) spetta il compito di assicurare i livelli essenziali e uniformi di assistenza (come definiti dal piano sanitario nazionale)⁵³ che (terzo comma) sono individuati "contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale" (e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica).

L'ampia e ricca formulazione dell'art. 1 cit., con questo significativo quadro di garanzie, costituisce la risposta (da parte della riforma del 1999) alla questione che si apre proprio all'inizio degli anni Novanta (e che attraversa tutto tale decennio) e relativa appunto all'interrogativo se il diritto alla salute sia o meno un diritto finanziariamente condizionato.

A questo proposito non possiamo non ricordare la crisi della finanza pubblica del 1992 e (quale esempio paradigmatico) la sentenza della Corte costituzionale n. 356 del 1992 (sentenza che aveva ad oggetto la disposizione legislativa che riduceva gli stanziamenti per il fondo sanitario nazionale) in cui la Corte afferma che "in presenza di una inevitabile limitatezza delle risorse, non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza. È viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie". Ed anche se la Corte costituzionale termina il periodo riconoscendo la necessità di "tener conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute", è indubbio che l'accento sulla limitatezza delle risorse diventa

⁵² E sottolinea questo aspetto già L. VANDELLI, *Commento all'art. 1*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, p. 42 ss.

⁵³ R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, cit., p. 21, secondo cui "prescrivere livelli essenziali e uniformi di assistenza quale oggetto di competenza esclusiva statale sembra infatti implicare conseguenze importanti anche sull'organizzazione dei servizi sanitari: è arduo immaginare un sistema capace di assicurare tali livelli senza un'organizzazione ultraregionale. Sotto questo profilo, si potrebbe forse arrivare a sostenere che la determinazione dei livelli essenziali e uniformi presuppone, in sanità, un'organizzazione sul tipo Servizio sanitario nazionale: d'altronde, è su questa base che la giurisprudenza costituzionale disegnò o legittimò, nel previgente regime, una trama di rapporti Stato-Regioni in campo sanitario largamente innovativa quando non derogatoria rispetto al modello costituzionale".

uno strumento formidabile per ogni operazione di riduzione della tutela del diritto alla salute. L'art. 1 del d.lgs. n. 229 del 1999 viene a rispondere alle esigenze poste dal difficile (ma comunque necessario) percorso di risanamento della finanza pubblica, nonché al problema della responsabilizzazione dei poteri pubblici regionali ed in particolare (sent. n. 416/1995) a quello del “collegamento tra responsabilità e spesa, in conseguenza delle scelte effettuate da ciascun ente”⁵⁴.

Completamento del processo di regionalizzazione, introduzione del concetto di “essenzialità” dei livelli” e determinazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza sanitaria “contestualmente” alla individuazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale⁵⁵ vengono così a porsi quali tessere di una consapevole strategia volta a rendere effettive le garanzie di tutela del diritto alla salute. Ed è grazie al possesso di questi requisiti che la riforma del 1999 ha dimostrato la qualità di saper rispondere alle questioni già aperte alla fine degli anni Novanta ma anche a quelle che si sono poste nel frattempo (basti ricordare le numerose problematiche sorte in questi due decenni con riguardo, ad esempio, ai vincoli del patto di stabilità, ai ricorrenti tentativi – più o meno palesi – di smantellamento del welfare, ma anche ai problemi delle Regioni in piano di rientro, ecc.).

⁵⁴ R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., pp. 21 ss.; R. BALDUZZI e G. DI GASPARE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/99*, cit.; R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit.; R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, cit.; R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali a due anni dalla revisione costituzionale*, cit.

⁵⁵ “La prospettiva – afferma L. CUOCOLO, *op. ult. cit.*, p. 32 – è assai differente da quella dell'originario decreto 502, che prevedeva una determinazione dei livelli “in coerenza” con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale”.

