POLITECNICO DI TORINO
Repository ISTITUZIONALE

Programmazione e organizzazione dell’equità in sanità. L’organizzazione come “veicolo” di eguaglianza

Original
Programmazione e organizzazione dell’equità in sanità. L’organizzazione come “veicolo” di eguaglianza / Molaschi, V.. - In: BIOLAW JOURNAL. - ISSN 2284-4503. - ELETTRONICO. - 2(2019), pp. 51-63. [10.15168/2284-4503-409]

Availability:
This version is available at: 11583/2977318 since: 2023-03-22T23:49:47Z

Publisher:
Università di Trento

Published
DOI:10.15168/2284-4503-409

Terms of use:

This article is made available under terms and conditions as specified in the corresponding bibliographic description in the repository

Publisher copyright

(Article begins on next page)

26 November 2026

Focus

Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza

*Viviana Molaschi**

PLANNING AND ORGANIZATION OF EQUITY IN HEALTHCARE. ORGANIZATION AS A "VEHICLE" FOR EQUALITY

ABSTRACT: The article examines how "equity in healthcare" contributes to realizing "equity in health", with particular regard to the role played by administrative planning and organization. After an outline of the principles that inspire the Italian healthcare system, it focuses on the essential levels of healthcare, which should ensure uniformity in health protection in the whole territory. Some of the included services show a particular attention to equity, like screenings or integrated care services, whose beneficiaries are vulnerable individuals. However, notwithstanding the definition of the essential levels, inequalities continue, as it emerges from the analysis of three critical issues: co-payment, waiting lists and the North-South divide in health protection. Consequences can be severe: the most disadvantaged slice of the population quite often foregoes treatment. The paper aims at highlighting how solutions for these problems depend not only on available economic resources, but also on organizational settings. Finally, some reflections concern how planning and organization of equity affect freedom of self-determination as to health treatment.

KEYWORDS: Equity in health; equity in healthcare; essential levels of healthcare; planning; organization

SOMMARIO: 1. Equità in salute e in sanità. Considerazioni preliminari – 2. Equità nel Servizio sanitario nazionale e Lea sanitari. Cenni su alcune prestazioni "orientate" all'equità – 3. Le disuguaglianze "al di là" dei Lea sanitari: alcuni esempi – 4. L'organizzazione come "veicolo" di uguaglianza – 5. Spunti sulla rilevanza della programmazione e organizzazione dell'equità nella garanzia della libertà di autodeterminazione terapeutica.

1. Equità in salute e in sanità. Considerazioni preliminari

Per equità in salute si intende la possibilità di ogni individuo di avere le stesse opportunità di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute – che deve corrispondere al più elevato livello conseguibile – e che nessuno debba essere "svantaggiato" nel raggiungerlo a causa della propria posizione sociale o di altre circostanze socialmente determinate[1].

* *Professoressa associata di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Bergamo. E-Mail: viviana.molaschi@unibg.it.* *Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*

[1] Per tale definizione v. M. WHITEHEAD, G. DAHLGREN, *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2006, ristampato nel 2007, 5: «Equity in health implies that ideally everyone could attain their full health potential and that no one should be

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Tale definizione deve essere letta congiuntamente alla nozione di salute fatta propria dall'atto costitutivo dell'Organizzazione mondiale della sanità (1946), secondo la quale per salute si intende «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity».

Sempre secondo tale documento, il possesso del più alto *standard* di salute possibile è l'oggetto di un diritto umano, rispetto al quale non sono ammissibili distinzioni di razza, religione, credenze politiche, condizioni economiche e sociali. Giova al riguardo ricordare che la configurazione del diritto alla salute come diritto umano, da tutelarsi contro ogni forma di discriminazione, è una delle conquiste del diritto internazionale, a partire dalla stessa Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo[2].

Tre caratteristiche, se combinate tra loro, trasformano mere variazioni o differenze di salute in iniquità: il fatto di essere sistematiche, prodotte socialmente ed ingiuste[3].

Le iniquità nel campo della salute sono sistematiche nella misura in cui si tratta di differenziazioni che non sono distribuite casualmente: si pensi al fatto che mortalità e malattie aumentano con il declinare delle condizioni sociali. Sono prodotte socialmente in quanto frutto di processi sociali, anziché biologici. Infine, si tratta di differenze considerate diffusamente come ingiuste poiché generate o mantenute da assetti politico-istituzionali o sociali essi stessi ingiusti o ritenuti tali. Fermo restando che la considerazione di ciò che è ingiusto non è univoca e può variare, vi è comunque una base comune nella valutazione, che può individuarsi nel punto di intersezione tra equità e diritto alla salute come diritto umano o fondamentale, riprendendo la qualificazione ad esso data dalla nostra Costituzione all'art. 32.

L'OMS definisce le disuguaglianze in salute come la presenza di differenze, aventi le caratteristiche sopra citate, nello stato di salute fra Paesi – Paesi ricchi e poveri, per semplificare – e all'interno di uno stesso Paese, ove possono aversi disuguaglianze sia tra aree geografiche che tra "strati" sociali.

Il tema è oggetto di attenzione crescente in Europa, ove la presenza di divari di salute – c.d. *health divide* – tra gli Stati è stata evidenziata dalla stessa OMS[4]. In materia è intervenuta un'apposita Co-

disadvantaged from achieving this potential because of their social position or other socially determined circumstance». In tema v. altresì G. DAHLGREEN, M. WHITEHEAD, *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2007. In tali scritti sono riprese e attualizzate considerazioni già espresse in G. DALHGREN, M. WHITEHEAD, *Policies and strategies to promote equity in health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 e M. WHITEHEAD, *The concepts and principles of equity and health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990.

[2] La Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (1948) contempla, tra i vari diritti da garantire e tutelare contro le discriminazioni (art. 2), anche quello alla salute (art. 25), rispetto al quale statuisce: «Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including (…) medical care and necessary social services (…) Special care and assistance should be ensured for motherhood and childhood». Il panorama delle fonti internazionali in materia è assai vasto. Si può, tra le altre, ricordare il Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali (1966), che prevede che tutti i diritti in esso protetti siano garantiti «without any discrimination» (art. 2, 2° comma), incluso il «right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health» (art. 12). Sul diritto alla salute nel diritto internazionale v., *ex multis*, A. ODDENINO, *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute,* in R. FERRARA (a cura di), *Salute e Sanità*, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da S. RODOTÀ, P. ZATTI, Milano, 2010, 65 ss.

[3] Su questi aspetti v., di nuovo, M. WHITEHEAD, G. DAHLGREN, *op. cit.*, 2 ss.

[4] Si v. il *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, WHO 2013 (updated in 2014).

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

municazione della Commissione europea, dal titolo «Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE» (2009), cui hanno fatto seguito alcune *Joint Actions* aventi l'obiettivo di promuovere l'equità di salute nelle politiche e negli interventi dei Paesi membri[5].

Per quanto riguarda l'Italia[6], variazioni nella mortalità e nella morbosità si registrano non solo a livello nazionale, ma anche regionale e locale o, addirittura, sub-locale. È il caso, ad esempio, delle periferie[7]. Alcune ricerche hanno mostrato come le aspettative di vita e le condizioni di salute mutino a seconda dei quartieri della città in cui si vive[8]. Il tema tocca anche i profili socio-assistenziali, tant'è che si parla di "periferie sociali"[9], «caratterizzate da situazioni di marginalità economica e sociale, degrado edilizio e carenza di servizi»[10]. Vi è, in sostanza, un discorso di equità territoriale che "intercetta" ed è a sua volta "intercettato" dalle dimensioni economica e sociale dell'equità.

Quest'ultimo accenno consente di rilevare come le disuguaglianze di salute siano fortemente influenzate dai c.d. determinanti sociali. Le condizioni materiali e la situazione psico-sociale in cui gli individui nascono, crescono e conducono la propria esistenza determinano «traiettorie sociali più o meno salutogeniche»[11].

Scendendo lungo la "piramide" sociale le minacce per la salute fisica e mentale delle persone diventano sempre più numerose e pervasive. Si segnala al riguardo anche una correlazione con stili di vita insalubri. Inoltre, in ragione della stratificazione sociale, la stessa malattia ha un impatto differente non solo sullo stato di salute degli individui, ma anche sulle connesse conseguenze sociali – perdita del lavoro, del reddito, di competenze, isolamento, esclusione sociale –[12], il che, a sua volta, ha *feedback* negativi sulla salute.

---

[5] Da ultimo cfr. la nuova *Joint Action* europea "*Health Equity Europe*" (JAHEE), capitanata dall'Italia, che vede l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), insieme al Piemonte, all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AgeNaS) e all'Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà (INMP), coordinare venticinque Stati membri. Tale azione è stata lanciata il 21-22 giugno 2018 e ha una durata di tre anni.

[6] Sulla «salute disuguale in Italia» v. il Documento del Ministro della Salute «L'Italia per l'Equità nella Salute», Roma, novembre 2017. Per una panoramica delle disuguaglianze in salute e sanità che affliggono il nostro Paese v. altresì G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, 2014. Il rapporto è il frutto delle ricerche e delle riflessioni di un gruppo di lavoro istituito dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni con il compito di indicare proposte di indirizzo per le politiche regionali.

[7] Al riguardo sia consentito rinviare a V. MOLASCHI, *La tutela della salute nelle periferie*, in *Nuove Autonomie*, 3, 2016, 455 ss.

[8] A Torino, per esempio, se ci si sposta soltanto di qualche chilometro, dai quartieri più benestanti ed esclusivi situati nella zona est a quelli meno ricchi e più popolari della zona ovest (come le Vallette), l'aspettativa media di vita dei residenti scende di quasi tre anni, da 80 a 77,3 anni: riferisce di tali studi R. STAGLIANÒ, *Il tram che fa perdere cinque mesi di vita al chilometro* (6 giugno 2016), in http://www.repubblica.it. (ultimo accesso: 30 maggio 2019).

[9] In tema v., tra i vari scritti, F. MARTINELLI, *Periferie sociali: estese, diffuse. Nairobi, Kibera, Baba Dogo; San Salvador: Area Metropolitana; Roma: Tor Bella Monaca, Tiburtina*, Napoli, 2008.

[10] Si riprende la definizione di periferie recata dall'art. 1 del d.p.c.m. 25 maggio 2016, relativo al «Programma straordinario di intervento per la riqualificazione urbana e la sicurezza delle periferie delle città metropolitane e dei comuni capoluogo di provincia», istituito dall'art. 1, comma 974, della l. 28 dicembre 2015, n. 208, l. di stabilità 2016.

[11] Così M. MARRA, *Lo stato di avanzamento delle politiche italiane ed europee nel contrasto alle disuguaglianze di salute*, in G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *op. cit.*, 263.

[12] *Ex multis*, v., al riguardo, ancora M. MARRA, *op. cit.*, 264.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

I determinanti, inoltre, interagiscono con altre dimensioni della disuguaglianza come quelle di genere, di generazione, di origine etnica, ecc.[13]

L'equità in salute dipende anzitutto dall'equità in sanità, ossia dai servizi sanitari, che hanno il compito di garantire equità nell'accesso ai servizi, nell'utilizzo degli stessi e nella qualità delle cure[14].

Nelle pagine seguenti si formuleranno alcune riflessioni su come il principio di equità sia stato fatto proprio dal nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), con particolare riferimento, in primo luogo, alla programmazione dell'offerta sanitaria, tema che investe quello del ruolo giocato dai livelli essenziali di assistenza sanitaria (i c.d. Lea). A questo proposito va osservato come l'ampiezza dell'accesso alle prestazioni sanitarie si rifletta sulle maggiori o minori possibilità di autodeterminarsi circa le cure, che sono condizionate dai limiti dell'offerta sanitaria[15]. Si può cioè individuare un nesso tra equità – geografica, economica, sociale, ecc. – e libertà di autodeterminazione terapeutica.

A questa prospettiva si affiancherà un'analisi di tipo organizzativo, atta a mettere in luce come l'organizzazione sanitaria, la cui articolazione incide profondamente sull'effettività del diritto alla salute[16], possa operare nel senso di una maggiore equità.

Esula invece dall'orizzonte dell'indagine l'impatto sull'equità in salute delle altre politiche – vale a dire quelle non sanitarie (sociali, lavorative, formative e del sistema di istruzione, urbane, ecc.) – pur con la seguente precisazione: gli interventi sociali saranno oggetto di un'attenzione circoscritta, nei limiti in cui si dispiegano nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria come strumento di risoluzione di particolari situazioni di vulnerabilità e, quindi, di disuguaglianza di salute.

2. Equità nel Servizio sanitario nazionale e Lea sanitari. Cenni su alcune prestazioni "orientate" all'equità

L'equità nel godimento del diritto alla salute, che trova fondamento, a livello costituzionale, nel principio di uguaglianza (art. 3 Cost.), oltre che in quello di solidarietà (art. 2 Cost.), si traduce in alcuni

[13] Sul punto v. G. Costa, *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia,* in G. Costa, M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini (a cura di), *op. cit.*, 15. In tema v. altresì Id., *Le disuguaglianze di salute: una sfida per le discipline che si occupano di valutazione delle politiche*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (a cura di), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bologna, 2009, 251 ss.

[14] Sul rapporto tra *equity in health* ed *equity in healthcare* v. M. Whitehead, G. Dahlgren, *op. cit.*, 11 ss., secondo i quali l'equità in sanità incorpora «ideas about fair arrangements that allow equal geographic, economic and cultural access to available services for all in equal need of care».

[15] Viene al riguardo in considerazione la distinzione tra libertà di "non" curarsi, ossia di non ricorrere a trattamenti sanitari, c.d. libertà di cura «negativa», e libertà di scegliere "come" curarsi, c.d. libertà di cura «positiva», che, se esercitata all'interno del servizio pubblico, incontra, tra gli altri, il limite del novero delle prestazioni garantite nei livelli essenziali. In argomento v. R. Balduzzi, D. Servetti, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale,* in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, in partic. 35 ss.

[16] In argomento sia consentito rinviare a V. Molaschi, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, relazione al Convegno "La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso milanese", organizzato dal Centro di ricerca giuridico-istituzionale sui diritti civili, ambientali e sociali (CERDIS) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, 22 giugno 2018, in corso di pubblicazione negli *Atti*.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

importanti principi che costituiscono l'architrave del Servizio sanitario nazionale[17]. Viene al riguardo in considerazione l'art. 1, l. 23 dicembre 1978, n. 833, che ne è la legge istitutiva, ai sensi del quale il Ssn «è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi».

L'equità si correla anzitutto al principio di universalità, in base al quale il Servizio sanitario si rivolge a tutta la popolazione, alla generalità delle persone, in linea con il dettato dell'art. 32 Cost., secondo cui titolare del diritto alla salute è l'«individuo», la «persona umana», oltre che con gli stessi artt. 2 e 3 Cost.[18]

La legge menziona poi il principio di equità nell'accesso, secondo cui la tutela della salute deve essere garantita a prescindere dalla situazione personale e, in particolare, dalle condizioni socio-economiche di coloro che si rivolgono ai servizi.

Non sembra possa dirsi estraneo alla sfera dell'equità il principio di globalità, in quanto l'eguaglianza di opportunità di salute dipende anche dall'articolazione dell'assistenza sanitaria, che non può essere limitata alla sola «cura», ma deve essere, appunto, globale, ricomprendendo anche la prevenzione e gli eventuali trattamenti successivi a quelli di cura.

In dottrina si è osservato come quest'ultimo principio si articoli in «triadi»[19]. Si è già accennato al riferimento, contenuto nell'art. 1 della legge istitutiva del Ssn, a «promozione», «mantenimento», «recupero» della salute. La stessa esigenza era stata fatta propria dalla prima formulazione dell'art. 1, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, ove si parlava di «prevenzione», «cura» e «riabilitazione». Oggi l'offerta sanitaria si articola in specifici ambiti di intervento, «assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro», come si vedrà recentemente ridenominata, «assistenza distrettuale», «assistenza ospedaliera» (art. 1, 6° comma, d.lgs. 502/1992), che vanno completati con le prestazioni socio-sanitarie (art. 3 *septies*, d.lgs. 502/1992). Queste ultime costituiscono una nuova "frontiera" del principio di globalità, che abbraccia una visione onnicomprensiva della salute, estesa anche alla dimensione sociale[20].

Tanto l'universalità quanto l'equità nell'accesso si connotano anche in senso territoriale, nella misura in cui la protezione della salute non dovrebbe essere condizionata, soprattutto in senso peggiorativo, dal "dove" le persone risiedono o, comunque, sono in un dato momento.

I succitati principi trovano una sintesi nei livelli essenziali delle prestazioni, definiti dagli autori «il nuovo nome dell'uguaglianza»[21], che «devono essere garantiti con uniformità su tutto il territorio na-

[17] Per una panoramica dei principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. cit.*, 78 ss.

[18] L'art. 2 Cost. «riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo». L'art. 3, 2° comma, Cost. promuove l'uguaglianza sostanziale ai fini del «pieno sviluppo della persona umana».

[19] Così R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *op. cit.*, 79.

[20] Sulle prestazioni socio-sanitarie v. *infra*.

[21] Definisce in questi termini i livelli essenziali E. BALBONI, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007, 27 ss.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

zionale» (art. 117, 2° comma, lett. m) Cost.)[22]. In materia sanitaria essi sono stati determinati dapprima con il d.p.c.m. 29 novembre 2001 e, oggi, con il d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

L'equità "entra" espressamente nella pianificazione dell'offerta sanitaria che avviene con i Lea: ai fini della determinazione dei «livelli», infatti, l'art. 1, d.lgs. 502/1992 non fa riferimento unicamente al principio di appropriatezza nelle sue varie declinazioni[23], ma impone il rispetto del principio dell'equità nell'accesso all'assistenza, nonché di quelli di dignità della persona umana e del bisogno di salute, che al primo sicuramente sono complementari (art. 1, 2° comma, d.lgs. 502/1992).

Quanto al bisogno di salute, esso può essere inteso sia in una dimensione individuale, relativa alle esigenze del singolo, sia in termini di *policies*: il contrasto alle disuguaglianze di salute può cioè essere ritenuto esso stesso un bisogno da inserire nell'agenda delle politiche sanitarie[24] e quindi un criterio di selezione delle priorità da perseguire con la programmazione dell'offerta sanitaria.

Allo stato, manca un piano di sviluppo di tutto il settore sanitario che sia esplicitamente e organicamente finalizzato alla riduzione delle diseguaglianze di salute[25]. Ai fini del discorso che si sta conducendo, può però essere di interesse osservare come i livelli essenziali ricomprendano talune prestazioni che possono dirsi maggiormente "orientate" all'equità.

Si tratta, anzitutto, delle azioni di prevenzione sanitaria, quali, ad esempio, gli *screening*. Il d.lgs. 502/1992, come si è visto, include tra le aree di offerta sanitaria «l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro» (art. 1, 6° comma). Tale locuzione, inizialmente utilizzata nel d.p.c.m. 29 novembre 2001, è stata oggi sostituita, nel d.p.c.m. 12 gennaio 2017 che definisce i nuovi Lea[26], dall'espressione «Prevenzione collettiva e sanità pubblica». La nuova denominazione vuole affermare con maggiore incisività il principio di prevenzione, sia collettiva che individuale. Si noti che le azioni di prevenzione possono ridurre efficacemente le diseguaglianze di salute se si caratterizzano per un approccio c.d. di iniziativa e non di attesa, ossia pro-attivo[27]: occorre, cioè, una prevenzione attiva.

Possono altresì leggersi in chiave di equità le prestazioni socio-sanitarie: con tale espressione si intendono «tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale» (art.

[22] Sui livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria v. C. TUBERTINI, *Pubblica Amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008. Sia inoltre consentito rinviare a V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *op. cit.*, 445 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, in partic. 159 ss.

[23] Si distingue tra appropriatezza terapeutica o clinica, appropriatezza economica e appropriatezza organizzativa: su tali accezioni dell'appropriatezza v. R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in Sanità: il quadro di riferimento legislativo*, in N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI, F. VANARA (a cura di), *Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Bologna, 2004, 73 ss. Sia inoltre consentito rinviare a V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, cit., 471 ss.

[24] In argomento v. G. COSTA, *op. cit.*, 16.

[25] Sul punto v. il Documento del Ministro della Salute «L'Italia per l'Equità nella Salute», cit., 46.

[26] Per una panoramica dei nuovi lea sanitari v. il *Dossier* della Camera dei Deputati, «I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)», 3 luglio 2018.

[27] Così G. COSTA, *op. cit.*, 34.

Downloaded from www.biodiritto.org.

ISSN 2284-4503

3 *septies* d.lgs. 502/1992)[28], il che contribuisce ad evitare, in via di estrema sintesi, che un problema di salute si trasformi in un problema sociale e viceversa. Tali prestazioni, connotate da differenti gradi di complessità e impegno assistenziale, sono rivolte, in particolare, a soggetti vulnerabili quali anziani (specie non autosufficienti) e disabili, ma guardano anche alle problematiche di minori, donne, famiglie, persone con dipendenze, ecc.

L'integrazione socio-sanitaria, oggetto, nel precedente d.p.c.m. sui Lea del 2001, dell'allegato 1C, trova oggi una più compiuta definizione nel capo IV del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, che, pur non ampliando in maniera cospicua il novero dei servizi[29], compie significativi passi in avanti sul piano della garanzia della presa in carico della «persona» (art. 21).

Infine, i nuovi Lea contemplano anche una serie di prestazioni indirizzate a taluni *target* di individui che si trovano in situazione "diseguale", talvolta perché fragili. Il riferimento è al Capo VI del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, dedicato all'«Assistenza specifica a particolari categorie di assistiti»: si tratta di invalidi, individui affetti da malattie rare o aventi malattie croniche, persone con Hiv, cittadini italiani all'estero, cittadini stranieri, ecc.

L'attenzione verso specifici soggetti in condizione di "debolezza" che emerge dai succitati Capi non equivale, peraltro, ad un ritorno all'impostazione categoriale o categorizzante che ha a lungo connotato il *welfare* italiano[30]; al contrario, è frutto della vocazione universalistica del nostro Ssn, che porta ad articolare l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in prestazioni capaci di rispondere a una pluralità di situazioni di vulnerabilità che possono interessare la «persona». In questo senso, la concentrazione degli interventi su specifici assistiti è volta a precisare l'universalità del sistema[31].

3. Le disuguaglianze "al di là" dei Lea sanitari: alcuni esempi

Nonostante la definizione dei livelli essenziali, che dovrebbero assicurare uniformità di tutela, più della metà degli italiani ritiene che in Italia le persone non abbiano le stesse opportunità di diagnosi e cure. Gli italiani di fronte alla Sanità si sentono «diversi e soli»[32].

Gli esempi di tale diversità sono numerosi. In questa sede si accennerà a tre problematiche, ritenute comunemente causa ed espressione di disuguaglianza: la compartecipazione degli utenti alla spesa

[28] Sull'integrazione socio-sanitaria v., *ex multis*, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, 197 ss.; A. ALBANESE, *L'integrazione socio-sanitaria*, in R. MORZENTI PELLEGRINI, V. MOLASCHI (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, 2012, 129 ss.

[29] In materia socio-sanitaria il d.p.c.m. 12 gennaio 2017 conferma sostanzialmente quanto già previsto in precedenza, eccezion fatta per l'introduzione delle cure palliative domiciliari e del servizio di neuropsichiatria infantile. L'area delle dipendenze viene inoltre estesa a tutte le dipendenze patologiche e ai comportamenti di abuso (viene inclusa anche la ludopatia, come previsto dall'art. 5 del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge dalla l. 8 novembre 2012, n. 189).

[30] L'approccio categoriale che per molti anni ha ispirato l'assistenza sociale ha in una prima fase caratterizzato anche l'integrazione socio-sanitaria: su questi aspetti v. A. PIOGGIA, *op. cit.*., 201.

[31] Per un ragionamento analogo, con riferimento al sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla l. 8 novembre 2000, n. 328, v. F. PIZZOLATO, Commento all'art. 2 (Diritto alle prestazioni), in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *op. cit.*, 120.

[32] Cfr. il Comunicato stampa del Censis relativo al 52° rapporto sulla situazione sociale del Paese (2018).

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

sanitaria, le liste d'attesa e il divario Nord-Sud nell'assistenza. Tali temi si intrecciano, con la conseguenza di amplificare i problemi che ne scaturiscono.

La garanzia dell'equità nell'offerta sanitaria si correla anzitutto alla questione dell'accesso alle prestazioni dal punto di vista economico: compartecipazione ai costi e casi di esenzione.

Il diritto alla salute è un diritto «finanziariamente condizionato»[33] e l'art. 32 Cost. prevede la gratuità dell'assistenza sanitaria per i soli «indigenti», concetto da intendersi in senso relativo, come riferito a coloro che non possono sostenere ragionevolmente i costi delle cure necessarie[34]. In questo quadro il d.lgs. 502/1992 stabilisce che le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza siano fornite dal Servizio sanitario nazionale «a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente» (art. 1, 3° comma, d.lgs. 502/1992).

Il c.d. *ticket* si giustifica per esigenze di finanziamento del Servizio sanitario, ma, ancor prima, di responsabilizzazione degli utenti. Sennonché, per le persone in situazioni di svantaggio sociale può avere conseguenze quali il posticipo o addirittura la rinuncia alle cure.

Benché la determinazione dei costi a carico dei fruitori dei servizi sia stata ricondotta dalla Corte Costituzionale all'area semantica dei Lea[35], la dottrina ha osservato come, in realtà, si tratti di un elemento incluso solo parzialmente in essi[36]: il d.p.c.m. 12 gennaio 2017, così come quello precedente del 2001, si limita a individuare le prestazioni senza collegarle a una specifica tariffa. Come sottolineato dagli autori, il «tasso di gratuità» delle prestazioni presenta non poca discrezionalità[37].

---

[33] Sui diritti sociali quali «diritti finanziariamente condizionati» v. F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, *passim*. Con specifico riferimento al diritto alla salute v. R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in R. FERRARA (a cura di), *op. cit.*, 34 ss.; ID., *L'ordinamento della Sanità*, Torino, 2007, in partic. 37 ss., 215 ss.; ID., voce *Salute (diritto alla)*, in *Dig. pub.*, XIII, Torino, 1997, in partic. 530 ss. Sulla «subordinazione di fatto dei diritti sociali ai vincoli condizionanti e stringenti della finanza pubblica» v. ancora ID., *Introduzione al diritto amministrativo*, Roma-Bari, 2014, 59 ss. In argomento sia infine consentito rinviare a V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, cit., 457 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, cit., in partic. 56 ss. Occorre peraltro ricordare che, per arginare l'incidenza degli aspetti economico-finanziari sulla protezione del diritto alla salute, la Corte Costituzionale ha elaborato il concetto di "contenuto essenziale" o "nucleo irriducibile", che segna la soglia oltre la quale il "condizionamento" non si può spingere, pena la vanificazione del diritto stesso: per una panoramica della giurisprudenza costituzionale in materia sia consentito rinviare ai citati scritti di V. MOLASCHI, rispettivamente alle pagine 457 ss. e 60 ss. L'indicazione di un limite oltre il quale la tutela non può "scendere" trova riferimento nella natura «fondamentale» del diritto alla salute sancita dalla Costituzione: sul punto v. A. PIOGGIA, *op. cit.*, 22.

[34] La natura relativa del concetto di indigenza è stata sottolineata, in particolare, da M. LUCIANI, voce *Salute (diritto alla salute – dir. cost.)*, in *Enc. giur.*, Roma, 1991, XXVII, 9, secondo cui essa «dipende dal costo e dall'importanza della cura di cui si ha bisogno e va pertanto determinata caso per caso». Hanno concorso a delineare tale nozione di indigenza, tra le altre, Corte Cost., 26 maggio 1998, n. 185, sul "caso Di Bella" e Corte Cost., 16 luglio 1999 n. 309. Sono queste alcune delle più importanti decisioni in materia di "contenuto essenziale" del diritto alla salute: v. nota *supra*.

[35] V. Corte Cost., 13 giugno 2008, n. 203, che ha dichiarato infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, 796º comma, lett. p), l. 27 dicembre 2006 n. 296, nella parte in cui ha introdotto, a decorrere dal 1º gennaio 2007 e fino a tempo indeterminato, una quota fissa di dieci euro sulla ricetta, in relazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, in riferimento agli art. 117 e 119 Cost.

[36] Sul concorso degli utenti al costo delle prestazioni v. C. TUBERTINI, *op. cit.*, 303 ss.

[37] V., ancora, C. TUBERTINI, *op. cit.*, 305.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

La materia, tra l'altro, vede l'intervento di due legislatori: quello nazionale, rispetto al quale la garanzia dei livelli essenziali impone comunque almeno la fissazione di un importo massimo, e quello regionale.

Indicativa della delicatezza del tema è la questione del c.d. *superticket*[38] – ossia la tassa di massimo dieci euro, che si aggiunge al costo del *ticket* sanitario, per le visite specialistiche e per le prestazioni di diagnostica – che, peraltro, la legge di bilancio del 2019 non è "riuscita" ad eliminare. Tale misura è giudicata iniqua[39] perché pesa soprattutto sui redditi più bassi. Inoltre, comportando per molte prestazioni uno spostamento verso il più concorrenziale mercato privato, si traduce in un danno per le casse della sanità pubblica. Essa è anche ritenuta causa di disuguaglianza, in quanto applicata in maniera diversa dalle Regioni. Alcune, infatti, non l'hanno attuata; altre l'hanno fatto in modo indiscriminato; altre ancora l'hanno configurata in base al reddito oppure alla complessità delle prestazioni[40].

Una maggiore omogeneità a livello nazionale dei criteri per graduare le aliquote di compartecipazione e la selezione dei casi di esenzione potrebbe invece sortire effetti positivi anche nell'ottica di una ottimizzazione e redistribuzione dei finanziamenti destinati al servizio sanitario. Ponderate politiche di *co-payment* possono infatti diventare un fattore di innalzamento dell'efficienza della sanità pubblica, consentendo una migliore allocazione delle risorse anche per finalità redistributive ed equitative dei servizi[41].

L'accennato "depauperamento" del servizio pubblico a vantaggio della sanità privata è dovuto altresì al fatto che a quelle illustrate si aggiunge un'ulteriore questione che afferisce al tema dell'equità: le liste d'attesa.

Il fattore temporale è centrale ai fini dell'effettività del diritto alla salute, che non è garantito se una prestazione è fornita troppo tardi: in un settore come quello medico, oltretutto, ad essere messa a rischio è la stessa vita umana. Di qui l'individuazione di una specifica dimensione dell'appropriatezza, quella temporale, che dovrebbe connotare i Lea[42]. Significativa, al riguardo, la posizione della Consulta, che ha affermato l'«intrinseca inerenza» dell'attribuzione allo Stato del potere di controllare l'osservanza dei tempi di attesa ai livelli essenziali[43].

[38] V. l'art. 17, comma 6, del d.l. 6 luglio 2011, n. 98, convertito in legge dalla l. 15 luglio 2011, n. 111, che stabilisce che a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e cessano di avere effetto le disposizioni di cui all'articolo 61, comma 19, del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

[39] Cfr. l'audizione della Fondazione GIMBE presso la 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, in vista dell'esame del Disegno di Legge di Bilancio 2018 (Roma, 7 novembre 2017).

[40] Per tali informazioni v. http://www.cittadinanzattiva.it/faq/salute/1861-superticket.html (ultimo accesso: 30 maggio 2019).

[41] Su questi aspetti v. F. PAMMOLLI, N.C. SALERNO, *Il copayment a difesa del sistema sanitario universale*, Fondazione CERM, nota 6/2006, in http://www.cermlab.it (ultimo accesso: 30 maggio 2019).

[42] Di diverso avviso A. PIOGGIA, *op. cit.*, 61, secondo la quale «la dimensione temporale» non è riconducibile all'appropriatezza, ma «integra un elemento essenziale della prestazione stessa che, se erogata troppo tardi, diventa inutile».

[43] V. Corte Cost., 16 marzo 2007, n. 80.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Tali tempistiche, purtroppo, sono sempre più lunghe, non solo per la diagnostica, da cui tra l'altro dipende la prevenzione, ma anche per interventi chirurgici e chemio e radioterapia[44].
Le persone che "se lo possono permettere" ricorrono così al "privato", cosa che non può fare chi è in difficoltà economica e che talora si trova costretto addirittura a rinunciare alle cure. Si comprende quindi perché attorno alle liste d'attesa si giochi una delle più rilevanti "partite" dell'equità in sanità.
Senza contare i problemi posti dall'annosa questione dell'*intramoenia*, con cui ci si riferisce alle «prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa»[45]. È equo un Ssn che offre un'attività sanitaria a pagamento che indubitabilmente consente ad alcuni cittadini di avere una priorità d'accesso rispetto ad altri?
Ne emerge una situazione di discriminazione, in cui l'erogazione delle prestazioni in risposta al «bisogno di salute»[46] non dipende più dall'appropriatezza, ma dalle disponibilità economiche degli individui.
Infine, come già si è avuto modo di anticipare a proposito della compartecipazione alla spesa sanitaria degli utenti, i servizi sanitari regionali presentano non poche diversità nel grado di assistenza garantito. In questa sede ci si riferisce non tanto al fatto che essi possono assicurare livelli di assistenza aggiuntivi rispetto ai Lea, quanto al fatto che alcune Regioni, soprattutto del Sud, stentano ad erogarli secondo *standard* di appropriatezza e qualità[47]. In Italia l'assistenza sanitaria presenta un notevole divario tra le Regioni meridionali e quelle centro-settentrionali: il Mezzogiorno manifesta disuguaglianze di salute più pronunciate, correlate, peraltro, a disuguaglianze sociali anch'esse più accentuate[48]. Tra le conseguenze più rilevanti di tali disuguaglianze vi è il c.d. "turismo sanitario".
Anche all'interno delle Regioni con i servizi sanitari "migliori", peraltro, ci sono ancora aree disagiate sul piano dell'assistenza, come precisato, ad esempio, nell'accenno al tema delle periferie[49].

[44] Cfr. il XXI Rapporto Pit Salute «Tra attese e costi, il futuro della Sanità in gioco», presentato a Roma dal Tdm-Cittadinanzattiva (2018): per una cataratta si aspettano 15 mesi, per una mammografia 13, per una risonanza magnetica 12, 10 per Tac e protesi d'anca, 9 per un ecodoppler e 7 per una protesi al ginocchio. In particolare le liste d'attesa, sempre secondo il Rapporto, sono in aumento soprattutto per interventi chirurgici (+1,9%, con il 30% delle segnalazioni) e per chemio e radioterapia (+4,8%).
[45] È questa la definizione data dallo stesso Ministero della salute: http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3310&area=professioni-sanitarie&menu=intramuraria (ultimo accesso: 30 maggio 2019).
[46] Si riprende qui l'espressione utilizzata nell'art. 1, 6° comma, d.lgs. 502/1992.
[47] Cfr. i dati che emergono dalla c.d. Griglia Lea 2017. La Griglia Lea è un sistema di monitoraggio, basato su un *set* di indicatori, che consente di evidenziare in quale misura e con quale grado di appropriatezza ed efficienza i servizi sanitari regionali erogano i livelli essenziali di assistenza. Alle Regioni viene attribuito un punteggio, il che rende più agevole il confronto tra di esse. Circa l'elaborazione di tale *set* di indicatori v. il d.m. 12 dicembre 2001, emanato ai sensi dell'art. 9, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56. V. altresì l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prevede una serie di adempimenti a cui sono tenute le Regioni per accedere ad un maggior finanziamento da parte del Servizio sanitario nazionale.
[48] Per interessanti spunti sul divario Nord-Sud in sanità v. F. Toth, *La sanità in Italia*, Bologna, 2014, 63 ss.
[49] V. il paragrafo 1.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Focus

4. L'organizzazione come "veicolo" di uguaglianza.

Nell'analisi del livello di garanzia del diritto alla salute spesso le riflessioni si limitano alla considerazione delle prestazioni garantite. Sull'effettività del diritto incidono però in maniera significativa anche le scelte organizzative: come sottolineato dagli autori, «il profilo relativo alle situazioni soggettive (diritto o interesse non importa)» appare «storicamente e politicamente subordinato al momento organizzativo»[50].

Il più delle volte sono proprio le scelte e le dinamiche organizzative a spiegare le diversità o, qualora penalizzanti, le disuguaglianze di tutela, a dispetto di una soglia comune di protezione quale quella rappresentata dai Lea in materia sanitaria e sociosanitaria. Si comprende quindi perché l'organizzazione possa giocare un ruolo fondamentale anche ai fini dell'equità, come "veicolo" di uguaglianza.

In via preliminare e su un piano più generale, si può osservare come organizzazione e gestione dei servizi pubblici siano dirimenti ai fini dell'accessibilità delle prestazioni tanto sul piano economico che su quello della loro tempestività.

L'erogazione di una prestazione in un *setting* inadeguato dal punto di vista dell'appropriatezza organizzativa "costa" di più o comunque consente risparmi di spesa minori. In sostanza, servizi sanitari più efficienti perché meglio organizzati richiedono un minore contributo ai cittadini. Non è un caso che il c.d. *superticket* sia stato eliminato proprio da alcune delle Regioni che hanno i servizi sanitari più avanzati, quali l'Emilia Romagna e la Toscana.

È la varietà delle soluzioni organizzative e dei conseguenti *standard* di funzionamento che dà ragione delle profonde differenziazioni che possono caratterizzare l'erogazione dei servizi e conseguentemente l'effettività dei diritti. In questo quadro l'introduzione di indicazioni organizzative – da intendersi anche come parametri di efficienza – all'interno dei Lea[51] può quindi essere vista come una modalità per mitigare le diversità regionali non solo nell'offerta sanitaria, ma anche nel costo delle prestazioni a carico degli utenti[52].

Pure l'inviso problema delle liste d'attesa è in gran parte una questione, oltre che di finanziamento delle prestazioni, di organizzazione. Allo scopo di trovare una soluzione a questa grave disfunzione, il legislatore ha previsto, tra i vari strumenti, il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa (art. 1, comma 280, l. 23 dicembre 2005, n. 266, l. finanziaria 2006), che si risolve essenzialmente in misure organizzative. Si pensi, a titolo di esempio, alle previsioni del Piano nazionale di governo delle liste d'attesa 2019-2021, che prescrive la concentrazione in capo ai Centri unici prenotazione (Cup) della gestione delle agende di prenotazione relative all''intera offerta sanitaria pubblica, vale a dire attività istituzionale, privata accreditata e in regime intramurario.

[50] G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pub*., 1981, 762.

[51] Il tema investe la c.d. «accezione in chiave organizzativa» dei livelli essenziali, per riprendere un'espressione utilizzata da E. MENICHETTI, *Livelli essenziali di assistenza sanitaria: un punto fermo sulla forma e sulla procedura per l'individuazione… ed un punto interrogativo sull'accezione in chiave organizzativa* (nota a Corte Cost., 27 marzo 2003, n. 88), in *Amministrazione in cammino*, http://www.amministrazioneincammino.luiss.it (ultimo accesso: 30 maggio 2019). In argomento, anche per alcuni riferimenti giurisprudenziali, sia consentito rinviare a V. MOLASCHI, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, cit.

[52] Su questi aspetti v. C. TUBERTINI, *op. cit.*, 306.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Focus

Per quanto concerne il già menzionato tema delle differenziazioni regionali, riguarda anche l'organizzazione la rivendicazione di maggiore autonomia in materia di «tutela della salute» (ma non solo) da parte di alcune Regioni, ai sensi dell'art. 116, 3° comma, Cost. Si tratta, in particolare, della Lombardia, del Veneto e dell'Emilia Romagna[53]; altre Regioni, peraltro, intendono seguire un analogo percorso istituzionale.

L'argomento è molto controverso in quanto nell'autonomia differenziata viene talora identificato un fattore di pericolosa "rottura"[54] o «destrutturazione» del Servizio sanitario nazionale[55] e di potenziale iniquità.

Affrontarlo richiederebbe una trattazione estesa, che in questa sede non è possibile svolgere. Si può però osservare come la questione nodale sia capire fino a che punto le differenziazioni, peraltro coessenziali ai modelli autonomistici, siano auspicabili e perseguibili e quando invece rischino di pregiudicare i valori stessi su cui si fonda il sistema[56], rappresentando un elemento di instabilità e magari di disgregazione e compromissione dei diritti: si pone pertanto un problema di individuazione del livello di "disuguaglianza sostenibile"[57].

Infine, gettando lo sguardo in terreni limitrofi alla sanità, l'organizzazione si rivela di primaria importanza quando occorre coordinare i servizi sanitari con altri servizi, afferenti ad altre aree del *welfare*, a tutela di soggetti vulnerabili e quindi particolarmente "esposti" alla disuguaglianza. Come si è avuto modo di anticipare, vi sono alcune prestazioni che si caratterizzano per un orientamento intrinseco all'equità: si tratta, tra le altre, delle prestazioni socio-sanitarie, rivolte a individui fragili, quali anziani e disabili, rispetto ai quali possono quindi manifestarsi maggiori disuguaglianze di salute, nonché sociali, alla stregua di un rapporto di reciproca influenza.

Rispondere ad esigenze di "cura" complesse e interdipendenti richiede prestazioni integrate e sinergie sul piano dell'organizzazione. Si muovono in questa direzione le disposizioni organizzative recate dal capo IV del d.p.c.m. del 2017 sui nuovi Lea, riguardante, appunto, l'assistenza socio-sanitaria.

---

[53] L'autonomia differenziata riguarderebbe, tra i vari aspetti, la rimozione di vincoli di spesa in materia di personale, accordi con le Università concernenti gli "specializzandi", il sistema di *governance* delle aziende, ecc. V. il *Dossier* del Servizio studi del Senato n. 1672018 «Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto». Per un'analisi v. C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord* (26 settembre 2018), in *Federalismi.it*, 18, 2018 (ultimo accesso: 30 maggio 2019).

[54] Fortemente critica è, ad esempio, la Fondazione Gimbe, secondo il cui Presidente, N. Cartabellotta, se il «virus» del regionalismo differenziato si diffonderà, «il sistema non sarà più governabile»: v. l'intervista rilasciata a B. GOBBI, *Autonomie regionali, Cartabellotta (Fondazione Gimbe): «Maneggiare con cura. Riequilibrio possibile nel Patto della salute»*, in *Sanità24*, 6 febbraio 2019.

[55] In questi termini v. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3 ss. Le preoccupazioni dell'autore si concentrano peraltro sulle richieste di autonomia riguardanti la compartecipazione ai costi delle prestazioni e l'istituzione di fondi sanitari integrativi.

[56] In tema v., *ex multis*, R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomie e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

[57] In argomento sia consentito rinviare a V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella Sanità*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino, 2006, 3 ss. Su tali tematiche v., in generale, G. BERTI, G. C. DE MARTIN (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici* (Atti del Convegno – Roma, 9 giugno 2003), Milano, 2003. V. inoltre E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di unità e differenziazione*, Torino, 2004.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Emblematico è l'art. 21, dedicato ai «percorsi assistenziali integrati», con cui significativamente tale capo esordisce. La messa in atto degli interventi è costruita a partire dal «progetto di assistenza individuale» (PAI), che definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona. La sua attuazione non può prescindere da una "buona" organizzazione che garantisca «l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali» e i «percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali» in cui l'assistenza socio-sanitaria si articola.
Si colloca nella stessa ottica la previsione, contenuta nel medesimo articolo, di Linee di indirizzo, frutto di un accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni, «volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa anche con l'apporto delle autonomie locali».
Dal punto di vista dell'equità occorre rimarcare altresì come la tutela dell'individuo non si esaurisca a livello dei punti di erogazione delle prestazioni, ma richieda un sostegno, organizzativamente strutturato, che copra l'intero percorso assistenziale, riguardando le diseguaglianze sociali non solo l'accesso, ma anche la fruizione e l'aderenza alle terapie prescritte, ai percorsi di inclusione, ecc.[58]

5. Spunti sulla rilevanza della programmazione e organizzazione dell'equità nella garanzia della libertà di autodeterminazione terapeutica

La programmazione dell'offerta sanitaria che avviene con la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni è funzionale anche all'esercizio della libertà di autodeterminazione terapeutica.
Garantire le prestazioni, però, non "basta" ai fini dell'accesso ai servizi: nel corso dell'analisi condotta nelle pagine precedenti è emersa l'incidenza di barriere economiche e sociali di vario tipo, cui si sommano ostacoli scaturenti dalla nazionalità, culturali, di religione, di genere, ecc.
In questo quadro così eterogeneo e complesso è sì importante realizzare interventi rivolti a *target* specifici di soggetti (indigenti, stranieri, ecc.) – scelta fatta propria, come si è visto, dal d.p.c.m del 2017 sui Lea – ma non è sufficiente.
Occorre anche favorire azioni anticipate e diffuse che accrescano e rendano "attive" le conoscenze delle persone sulle proprie potenzialità di salute: in questo modo gli individui possono essere messi in grado di scegliere consapevolmente i propri stili di vita e di contenere i fattori di rischio per il proprio benessere, nei limiti delle proprie possibilità e del contesto di riferimento. Inoltre, l'ammissione ai servizi sanitari implica anche "accogliere", il che significa considerare le differenze fra le persone e i gruppi cui esse appartengono. I servizi sanitari si confrontano con le più svariate diversità e ineguaglianze.
Sono questi alcuni degli aspetti che si rifanno a una dimensione «pratica» dell'equità, oggetto di specifica attenzione da parte della pianificazione di alcune Regioni[59] e "motore" di strategie di lotta all'iniquità che tengano conto anche dei meccanismi organizzativi alla base di possibili discriminazioni.

[58] Per uno spunto in tal senso v. G. COSTA, *op. cit.*, 34.
[59] Indicativo di tale approccio è il Piano sociale e sanitario 2017-2019 dell'Emilia Romagna, ove si fa riferimento all'«equità in pratica».

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

Al riguardo si segnala la redazione, in alcune Regioni, dei c.d. piani di equità aziendali[60]. Le aziende raccolgono dati sulle disuguaglianze in salute e nei servizi (*health equity audit*)[61] e programmano azioni di miglioramento dell'equità (sulla base di un *equality impact assessment*) che orientano l'organizzazione dei servizi. Si pensi alla facilitazione dell'accesso agli *screening*, alla promozione della salute nelle carceri, all'elaborazione di progetti di mediazione culturale, ecc.

L'amministrazione sanitaria viene in sostanza impegnata nel monitoraggio e nello scrutinio dei gangli della propria organizzazione anche ai fini dell'introduzione di meccanismi correttivi improntati all'equità. D'altra parte, la sostenibilità dei sistemi sanitari non è solo un problema di risorse, ma si misura in termini di capacità di questi di adattarsi all'evoluzione dei tempi e, per quanto qui interessa, dei bisogni sociali[62].

Può essere interessante osservare come tali processi volti ad implementare l'equità si caratterizzino spesso per il coinvolgimento di operatori, *stakeholders* e anche utenti: l'equità si intreccia con il tema della partecipazione pubblica[63].

Infine, l'equità va calata nella relazione medico-paziente, la cui costruzione e sviluppo devono rapportarsi alle esigenze e alla condizione di quest'ultimo. Di qui la rilevanza del consenso informato e della sua disciplina, in Italia introdotta in termini generali solo con la l. 22 dicembre 2017, n. 219[64].

Il riferimento è, in particolare, a elementi quali la completezza, l'aggiornamento, la chiarezza e la comprensibilità delle informazioni che deve ricevere la persona sulla sua situazione di salute, sulle possibili alternative terapeutiche ovvero sul rifiuto o rinuncia ai trattamenti (art. 1, 3° comma, l. 219/2017). Le informazioni devono essere modulate a seconda dell'individuo che il medico ha davanti: istruzione, condizioni socio-economiche, cultura, religione, ecc. Equità, quindi, significa dare a tutti le informazioni più adeguate in rapporto alla situazione personale e sociale e le stesse possibilità di autodeterminazione in ordine alla propria salute.

Se, come precisa la nuova legge sul consenso informato, il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (art. 1, 8° comma, l. 219/2017), la gestione di tali finestre temporali non è un fatto che resta confinato alla relazione medico-paziente, ma deve essere contestualizza-

[60] È il caso, ad esempio, dell'Ausl di Reggio Emilia.

[61] Lo sviluppo di strategie di *audit* delle disuguaglianze in materia di salute è una delle azioni indicate dalla citata Comunicazione della Commissione «Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE» (2009).

[62] Per una lettura della sostenibilità in chiave multifattoriale v. L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018.

[63] L'importanza del «giving voice to the voiceless» è sottolineata da M. WHITEHEAD, G. DAHLGREN, *op. cit.*, 20 ss. Sullo sviluppo di nuove forme di partecipazione in campo medico-sanitario v. alcuni primi spunti in V. MOLASCHI, *Le arene deliberative. Contributo allo studio delle nuove forme di partecipazione nei processi di decisione pubblica*, Napoli, 2018, 71 ss., con particolare riferimento al ricorso alle giurie dei cittadini.

[64] La letteratura in materia di relazione di cura e consenso informato è sterminata. Per un'analisi della nuova legge in chiave interdisciplinare v., *ex multis*, M. FOGLIA (a cura di), *La relazione di cura dopo la legge 219/2017*, Pisa, 2019 e gli articoli pubblicati nell'ambito del *Forum La legge n. 219 del 2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, in questa *Rivista*, 1, 2018. In argomento v. altresì M. AZZALINI, *Legge n. 219/2017: la relazione medico-paziente irrompe nell'ordinamento positivo tra norme di principio, ambiguità lessicali, esigenze di tutela della persona, incertezze applicative*, in *Resp. civ. e prev.*, 1, 2018, 8 ss.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503

ta nell'ambito dell'organizzazione dell'attività sanitaria: ne è influenzata e al contempo la condiziona. Basti pensare anche solo alla questione degli orari di lavoro e dei turni del personale.

Dal punto di vista della rilevanza dell'organizzazione sanitaria ai fini della tutela dei diritti correlati al consenso informato[65], è inoltre significativo che la nuova legge stabilisca che ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisca «con proprie modalità organizzative» la piena e corretta attuazione dei principi in essa affermati, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale (art. 1, 9° comma, l. 219/2017).

Da tali considerazioni appare quindi evidente come la portata e il contenuto delle posizioni vantate dagli utenti si risolvano «quasi integralmente nel modo di essere degli apparati» preposti all'erogazione dei servizi, «vale a dire nella loro organizzazione»[66], anche nella prospettiva della tutela della libertà di autodeterminazione[67].

[65] In generale, sul rapporto tra consenso informato e amministrazione sanitaria v. A. PIOGGIA, *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 1, 2011, 127 ss.

[66] Si riportano qui le fondamentali considerazioni di M. CAMMELLI, *Per uno statuto dell'utente*, in *Pol. Dir.*, 1981, 447 ss.

[67] In argomento, sull'essenzialità della dimensione amministrativa nella tutela dei diritti della persona v. N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica. La tutela della salute al tempo delle biotecnologiche*, Milano, 2017.

Downloaded from www.biodiritto.org.
ISSN 2284-4503