



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in

ECONOMIA E COMMERCIO

**CRISI DEL SSN: DIRITTO ALLA SALUTE
COMPROMESSO
NHS CRISIS: COMPROMISED RIGHT
TO HEALTH**

Relatore:

Prof.ssa Trucchia Laura

Rapporto Finale di:

Monterubbiano Lia

Anno Accademico 2019/2020

Prima di procedere con la trattazione, vorrei dedicare qualche riga a tutti coloro che mi sono stati vicini in questo percorso di crescita personale e professionale.

Un sentito grazie alla Prof.ssa Trucchia Laura per la sua infinita disponibilità e tempestività ad ogni mia richiesta.

Ringrazio i miei genitori, perché senza di loro non avrei mai potuto intraprendere questo percorso di studi.

Ringrazio mia sorella, il mio fidanzato e i miei amici per esserci sempre stati soprattutto nei momenti di sconforto.

Infine, vorrei dedicare questo piccolo traguardo a me stessa, che possa essere l'inizio di una lunga e brillante carriera professionale.

INDICE

INTRODUZIONE.....	6
-------------------	---

CAPITOLO PRIMO

IL DIRITTO ALLA SALUTE

1. DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE	8
2.IL DIRITTO ALLA SALUTE NELLA COSTITUZIONE ITALIANA	10

CAPITOLO SECONDO

EVOLUZIONE DEL SSN

1. IL SISTEMA MUTUALISTICO.....	15
2. ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.....	17
3. RIORDINO DEL SSN.....	19
4. LA RIFORMA TER.....	21
5. LA RIFORMA DEL TITOLO V.....	23

CAPITOLO TERZO

CRISI DEL SSN

1. CAUSE DELL'INDEBOLIMENTO DEL SSN.....	25
2. PIANI DI RIENTRO.....	29
3. LA PRIVATIZZAZIONE CHE AVANZA.....	31

4. GAP TERRITORIALI.....	34
5. CONSIDERAZIONI FINALI	36
6. CONCLUSIONE.....	38

INTRODUZIONE

Il servizio sanitario nazionale (SSN) ha poco più di quarant'anni e molti aspetti della nostra società sono cambiati : è cambiata la medicina, è cambiata l'assistenza, è cambiata la demografia, è cambiata l'economia, è cambiata la politica.

Non abbiamo mai vissuto un'era così esaltante dal punto di vista delle possibilità di cura e trattamento di un numero ampio di patologie (non trattabili anni in dietro) .

La medicina e la farmaceutica hanno contribuito ad innalzare l'età media della popolazione ed a garantire standard di cura elevati.

Queste notizie estremamente positive si scontrano però con la difficoltà del SSN a reperire risorse finanziarie e di gestirle nel modo più efficiente e egualitario possibile .

Infatti il SSN è stato chiamato a concorrere al risanamento dei conti pubblici , attraverso un processo di razionalizzazione della spesa .

Ciò ha causato molte carenze nella qualità dei servizi essenziali specialmente nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro e l'aumento delle disparità territoriali ; ma il vero grande problema è rappresentato dalla crescita della spesa privata .

Quest'ultima rappresenta la più grande forma di disuguaglianza sociale , che induce ad un inevitabile aumento del tasso di rinuncia alle cure .

È evidente quindi la dicotomia che c'è tra il piano valoriale espresso dall' art. 32 della Costituzione ed i comportamenti attuativi .

CAPITOLO PRIMO

IL DIRITTO ALLA SALUTE

1.1 DEFINIZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE

Il concetto di salute è stato lo specchio dei vari cambiamenti che negli anni ha subito la società, l'ambiente circostante, e in special modo lo sviluppo delle tecniche mediche.

Per lungo tempo è stata data una spiegazione medica basata sul binomio salute-malattia che configurava la prima come mera assenza della seconda, quindi l'assenza di malessere, di menomazioni o di processi patologici.

Questa concezione viene, però, abbandonata a partire dalla metà del secolo scorso.

Infatti, proprio al termine della seconda guerra mondiale, si inizia ad avvertire l'esigenza di garantire un pieno riconoscimento della persona umana realizzabile solo attraverso forme di tutela che tengano conto della molteplicità degli aspetti costitutivi dell'individualità umana.

In questo senso, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 1948 definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto una mera assenza di malattia o infermità. L'individuo deve essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare o adattarsi all'ambiente.¹

La salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque ne siano la razza, la religione, le opinioni politiche e le condizioni economiche-sociali. Uno dei momenti più importanti nell'evoluzione del concetto di salute è rappresentato dalla Carta di Ottawa², formulata dalla prima Conferenza Internazionale per la Promozione della Salute, riunita nel 1986, per rispondere all'attesa, sempre più chiara, di un nuovo movimento di sanità pubblica nel mondo.

La promozione della salute è un processo sociale e politico che mira all'uguaglianza in materia di salute. Le sue azioni hanno il fine di ridurre le differenze che caratterizzano il livello di Salute e di offrire a tutti gli individui le stesse possibilità e gli stessi mezzi per realizzare pienamente le loro potenzialità nel campo della salute.

Una buona salute è una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico e individuale e, nello stesso tempo, costituisce un aspetto importante della qualità della vita.

¹<http://www.med.unipg.it/ccl/Materiale%20Didattico/Medicina%20Generale%20-%20canale%20A/Germini/SALUTE%20OMS.pdf>

² <https://www.azioniquotidiane.info/documenti/la-carta-di-ottawa>

I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono intervenire tutti in favore o a danno della salute.

1.2 IL DIRITTO ALLA SALUTE NELLA COSTITUZIONE ITALIANA

In Italia, attraverso la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e la Carta costituzionale, vengono ricompresi nella nozione di salute elementi che rimandano alla dimensione relazionale di partecipazione alla vita civile e sociale e, più in generale, alla piena realizzazione della persona umana.

Nell'evoluzione del concetto di salute fondamentale risulta l'averne legato il contenuto alla dimensione identitaria ed individuale del soggetto.

La disciplina costituzionale del diritto alla salute è contenuta nell'art. 32 della Carta repubblicana e in una serie di norme, di principio e organizzative, che aiutano a definire i caratteri dell'apparato che dovrebbe realizzare il diritto medesimo.

L'articolo 32³ inserito nel Titolo Secondo, "Rapporti etico-sociali", della Parte Prima, intitolata "Diritti e doveri dei cittadini", sancisce che :

³ <https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-ii/art32.html>

«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure agli indigenti».

La norma richiama il dovere positivo che ha lo Stato di porre in essere le azioni e di organizzare i servizi necessari ad assicurare il bene e, distinguendo fra diritto alla salute e interesse alla salute, sottolinea che si tratta di due aspetti distinti ed espressamente tutelati.

La qualifica del diritto individuale alla salute come «fondamentale», sottolinea che esso è protetto in modo pieno e immediatamente operante sia nel settore pubblicistico che privatistico .

Importanza centrale assume il comma 2, dell'art. 32, Cost.⁴, nel prevedere che «nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» e che «la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» ipotizza la possibile coincidenza della salute del singolo con quella della collettività.

Inoltre sancisce la libera autodeterminazione del malato in merito al trattamento sanitario, che non può quindi essere imposto se non nei casi espressamente previsti dalla legge .

Il nostro ordinamento impone come unica tipologia di trattamento sanitario le vaccinazione obbligatorie, che proteggono il singolo da alcune malattie

⁴ Maria Stella Bonomi, Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale, federalismi.it, 30 luglio 2014

contagiose e, nel contempo, la comunità, attraverso la loro eliminazione dal panorama epidemiologico.

Nel caso in cui la salute collettiva fosse in pericolo, i trattamenti sanitari non potrebbero trovare applicazione se lesivi del rispetto della persona umana. Tale limite determina un duplice ordine di obblighi: negativi, che attengono ai confini che la legge impositiva di un trattamento incontra come ad esempio il non poter imporre un intervento chirurgico e positivi, che ineriscono alle modalità di realizzazione dell'obbligo del trattamento.

La Corte Costituzionale ha chiarito più volte il concetto che un trattamento sanitario può essere imposto esclusivamente nella previsione che esso non vada ad incidere negativamente sullo stato di salute di colui che vi è assoggettato.

L'imposizione del trattamento sanitario deve fare salva la dignità umana della persona, tutelare la riservatezza sullo stato di salute ed eliminare ogni possibilità di trattamenti sanitari obbligatori per fini discriminatori.

L'art 32 si caratterizza per una pluralità di sfumature, è espressione dei principi di dignità, eguaglianza, solidarietà, e ambisce a garantire tutte le situazioni soggettive, individuali e collettive, collegate alla salute. Questa norma sul piano giuridico ha natura sia programmatica, poiché spetta al legislatore il compito di individuare le situazioni meritevoli di tutela, il tipo di organizzazione sanitaria e i mezzi per sostenere i servizi di assistenza volti a realizzare un sistema di tutela che risponde alle esigenze di una società che

cresce, sia precettiva, in quanto l'individuo vanta verso lo Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute.

Nella nostra Carta fondamentale la parola "salute" è presente due volte, ossia nell'articolo 32 e nel 3° comma dell'articolo 117.

Il primo, come abbiamo già visto, definisce la salute e è volto a specificare i compiti della Repubblica in merito a questo tema, mentre nel secondo la tutela della salute viene definita materia affidata alla legislazione concorrente dello Stato-Regioni.

Il diritto alla salute può essere fatto rientrare anche nella previsione del secondo comma, lettera m), dell'articolo 117⁵: in esso si legge che all'interno della legislazione esclusiva dello Stato vi è anche "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Essendo il diritto alla salute un diritto sociale, ne consegue che spetta allo Stato in via esclusiva legiferare in merito ai livelli essenziali del settore sanitario, in modo tale che la salute dei cittadini venga tutelata con mezzi, risorse finanziarie e parametri uniformi in tutto il Paese per evitare che dalla regionalizzazione della sanità derivi una diversa tutela dei diritti a seconda delle Regioni.

⁵ Giuliana Giuseppina Carboni, "Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale", *Federalismi.it*, 2020, p.275

A livello operativo il ruolo decisivo spetta alle Regioni. Il modo in cui esse gestiscono la quota di FSN (Fondo sanitario nazionale) che gli viene destinata stabilisce la possibilità per gli utenti di fruire di un servizio più o meno soddisfacente; l'offerta di prestazioni ulteriori a quelle dei LEA a carico del sistema pubblico dipende dalle diverse normative regionali. Il principio del decentramento territoriale si coniuga così con l'introduzione di elementi privatistici nell'amministrazione di settori prima riservati al pubblico.

Per la gestione del sistema sanitario e l'erogazione dei servizi le Regioni infatti, possono ricorrere sia a strutture pubbliche sia a private, che adottano forme di organizzazione e di azione di tipo aziendale. Tutto ciò grazie alle modifiche normative decise dal legislatore a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, con il quale per la prima volta è stata ammessa la competizione tra pubblico e privato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie ed è stata avviata l'organizzazione aziendale dei servizi sanitari regionali. Modifiche sorrette da una teoria denominata NPM ⁶(New Public Management) che prese avvio nei paesi anglosassoni , la quale designa un modello di governo ed un insieme tecniche di gestione delle amministrazioni pubbliche basati su pratiche provenienti soprattutto dal settore privato. L'idea alla base è quella di integrare il diritto amministrativo e le pratiche gestionali tradizionali che regolano il funzionamento di un ente pubblico con metodi di competizione e

⁶Lauro Mattalucci, Il New Public Management: aspettative e rilievi critici, 18 gennaio 2013

gestione aziendale più orientati al risultato per incrementare l'efficienza dell'attività pubblica.

Nella Costituzione troviamo un articolo in cui si fa invece riferimento al termine opposto di "salute", ossia "malattia": esso è l'articolo 38⁷, il quale al secondo comma afferma che "i lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria". Da questa norma si evince che la previdenza e l'assistenza sociale si sostanzia in prestazioni economiche e sanitarie per tutelare, oltre che dai rischi lavorativi di infortuni, invalidità da eventi naturali come la vecchiaia. Si tratta di una previdenza sociale obbligatoria, alla quale risponde in parte lo Stato ed in parte i datori di lavoro, salvo che i lavoratori scelgano di integrare queste misure con forme private di tutela.

⁷ <https://www.brocardi.it/costituzione/parte-i/titolo-iii/art38.html>

CAPITOLO SECONDO

EVOLUZIONE DEL SSN

2.1 IL SISTEMA MUTUALISTICO

In Italia , solo nel 1978 con la legge n. 833 vi fu l' istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN), la realizzazione di un sistema volto a garantire il pieno soddisfacimento del diritto alle prestazioni sanitarie .Prima di allora il sistema di tutela della salute era basato su una forma di protezione assicurativo-previdenziale in cui il diritto alla tutela della salute era strettamente collegato alla condizione lavorativa . Vi erano le cosiddette Casse Mutue, associazioni che affondano le radici nelle società operaie dell' 800 .⁸

Le Mutue in cambio di una contribuzione, assicuravano ai loro iscritti ed ai loro familiari forme assistenziali e previdenziali in base alle disponibilità economiche delle stesse.

I lavoratori salariati iniziarono così ad associarsi e a mettere in comune risorse per assicurarsi dai rischi (disoccupazione, malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.) generando un esteso e capillare tessuto di società mutualistiche: un vero e proprio welfare dal basso. Questi istituti erano finanziati dai contributi dei

⁸<http://www.med.unipg.it/ccl/Materiale%20Didattico/Igiene/2017/DUCA%20Lezioni%20Igiene%202017.pdf>

lavoratori e dei datori di lavoro nella misura determinata dai contratti collettivi.

In sintesi l'assistenza sanitaria diventa oggetto di trattative e accordi al momento della stipula di contratti di lavoro, chi poteva permetterselo pagava per avere un'assistenza adeguata, per i più poveri non restava altro che affidarsi alle Opere Pie e alla beneficenza borghese.

Durante il regime fascista fu dato vita ad un sistema assicurativo pubblico per i lavoratori che prevedeva una serie di tutele tra cui, l'assistenza sanitaria.

Si concretizzò l'istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie (INAM) un sistema mutualistico per lavoratori dipendenti dell'industria, aziende agricole, aziende commerciali, ecc...

Per i lavoratori autonomi vennero create casse mutue provinciali di malattia : per i coltivatori diretti, per gli esercenti attività commerciali, per gli artigiani,..

Nel 1933 nacque l' Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) che gestiva l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura.⁹

In sostanza fino all'inizio degli anni '60, per ciascuna categoria professionale, vennero istituiti appositi enti mutualistici dando così vita ad un panorama di realtà molto diverse fra loro. L'esigenza di una politica sanitaria unitaria

⁹ Maria Stella Bonomi, Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale, federalismi.it, 30 luglio 2014

condusse, nel 1958, alla creazione del Ministero della Sanità con funzioni di controllo, vigilanza e programmazione di attività relative alla salute pubblica e all'assistenza sanitaria .

2.2 ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il superamento del sistema assicurativo avvenne grazie alla Legge n. 386/74 e in particolare alla Legge n. 833/78 con cui fu costituito il Servizio Sanitario Nazionale che confermò la centralità del diritto alla salute come diritto che non sorge dall'appartenenza professionale ad una cassa mutua, ma quale diritto fondamentale riconosciuto dalla Costituzione (art. 32).

L'art. 1 della legge n. 833/1978, sancisce che :

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale 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 del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge. »

La riforma richiama quindi i principi¹⁰ :

- di universalità, secondo il quale le prestazioni sanitarie sono garantite a tutti;
- di uguaglianza, in virtù del quale tutti hanno diritto alle stesse prestazioni a parità di bisogno;

¹⁰<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>

- di globalità, secondo il quale bisogna considerare la persona in generale, e non la sola malattia, permettendo così di accedere ai vari servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione.

Si evince che lo scopo della norma è quello di delineare un sistema unitario dove realizzare politiche integrate in grado di tutelare la salute sotto diversi profili: informazione, prevenzione, diagnosi e cura.

La legge del 1978¹¹ delinea un sistema che riserva allo Stato oltre a compiti di pianificazione nazionale di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali (come stabilire quelle prestazioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini), ha anche la funzione di determinare l'entità del fondo sanitario nazionale. Le Regioni invece hanno la competenza di adottare Piani Sanitari Regionali finalizzati all'eliminazione degli squilibri esistenti attenendosi ai contenuti e agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale. Si ha il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale con la creazione delle USL che devono assolvere ai compiti del servizio sanitario nazionale nell'ambito territoriale di competenza. L'unità sanitaria locale era la struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, un complesso di presidi, di uffici e di servizi. I Cittadini, attraverso contributi e tasse, fornivano allo Stato risorse finanziarie che in seguito alla programmazione economica triennale venivano ripartite alle

¹¹ Maria Stella Bonomi, Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale, federalismi.it, 30 luglio 2014

Regioni, le quali a loro volta pagavano le USL . Ma essendo i vari enti regionali e comunali deresponsabilizzati, in numerosi casi spendevano più di quello che ricevevano, e chiedevano regolarmente il ripianamento del disavanzo.

2.3 RIORDINO DEL SSN

Seguì una prima riforma sanitaria , con la Legge n. 502/92 e la Legge n. 517/93 per i numerosi costi del SSN e per l'insoddisfazione comune per la qualità dei servizi. La revisione degli anni '90 ha riguardato essenzialmente le competenze regionali e locali e la struttura organizzativa dell'erogazione delle prestazioni. Pertanto, si è avviata una riorganizzazione funzionale del servizio pubblico in grado di recuperare nel sistema sanitario efficienza, economicità e qualità. I punti cardine della riforma sono stati¹² :

-maggiori responsabilità gestionali alle Regioni (programmatorie, organizzative e finanziarie) e inizio del processo di regionalizzazione della sanità. Di conseguenza il Comune perde ogni potere, avendo le Regioni il ruolo di amministratori sanitari;

-aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari ;

¹²<https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>

- competitività tra pubblico e privato (finalizzata al miglioramento qualitativo delle prestazioni ed alla più ampia libertà di scelta per il cittadino);
- nuovo modello di finanziamento dell'assistenza sanitaria basato sulla remunerazione delle prestazioni effettuate, con tariffe determinate dalle regioni;
- definizione dei livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale partecipazione del cittadino alla fase gestionale ed organizzativa del SSN ed alla fase consuntiva di verifica degli obiettivi raggiunti.

Con il Decreto Legislativo n. 502/1992 le Unità Sanitarie Locali lasciano il posto alle Aziende sanitarie definite come aziende dotate di: personalità giuridica, autonomia amministrativa ,patrimoniale ,contabile, gestionale e tecnica .

Si dividono in¹³ :

- Aziende Unità Sanitarie Locali (prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della Provincia)
- Aziende Ospedaliere (ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico) .

La regione, dopo l'avvento della Legge n.502 del 30 dicembre 1992, non può più avvalersi dello Stato per i propri disavanzi, per cui, le responsabilità ricadono soltanto sulla governance della singola azienda. La regione, da

¹³ <https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>

questo momento, ha quindi tutto l'interesse nell'osservanza e la cura dei conti economici del servizio sanitario regionale fornito ai cittadini, perché ne risponde politicamente. Tutti questi aspetti vengono poi disciplinati e perfezionati dal D. Lgs. n.517/1993.

2.4 LA RIFORMA TER

Successivamente prende avvio la seconda riforma sanitaria la così detta "riforma ter" (o decreto Bindi) con l'emanazione del D. Lgs. n. 229/1999, dal titolo "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale "costituito da una serie di articoli che modificano, sostituiscono o integrano le disposizioni del D.Lgs. n.502/92.

I punti salienti della riforma sono numerosi¹⁴:

-si accentua la connotazione aziendalistica delle strutture sanitarie e viene definita la loro organizzazione. Le ASL sono articolate in Distretti sanitari (popolazione minima 60000 abitanti), che provvedono ad assicurare i livelli essenziali di assistenza specialistica, l'assistenza primaria e programmare le attività in base ai bisogni sanitari della zona.

-Valorizza il ruolo delle Regioni, ha compiti di attuazione legislativa, programmazione, finanziamento, controllo e responsabilità per l'erogazione , attraverso le ASL , dei livelli essenziali di assistenza (Lea) ai cittadini del proprio

¹⁴<http://www.med.unipg.it/ccl/Materiale%20Didattico/Igiene/2017/DUCA%20Lezioni%20Igiene%202017.pdf>

territorio. Il SSN viene definito quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari Regionali (art 1 , comma 1).

-Il ruolo dei comuni viene rafforzato sia nella fase di programmazione che di controllo, infatti sono previste forme di concertazione per l'attuazione del Piano Sanitario Locale, dei Piani attuativi locali (PAL) e del Programma delle attività territoriali (PAT).

-La riforma istituisce la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale alla quale la Regione deve sottoporre a controllo il progetto di Piano Sanitario Regionale.

-E' prevista la partecipazione dei cittadini all'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale attraverso il loro coinvolgimento nella programmazione e valutazione dei Servizi Sanitari.

-Si attuano nuovi modelli di gestione che prevedono forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

-Istituzione dei fondi integrativi sanitari che sono destinati a potenziare l'erogazione di prestazioni aggiuntive ovvero superiori ai livelli di assistenza garantiti dal SSN.

-Definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (LEA), individuati nel Piano Sanitario Nazionale contestualmente alle risorse finanziarie da destinare alla sanità quindi ci deve essere compatibilità finanziaria . I LEA rappresentano il contenuto essenziale che il SSR deve garantire ai propri cittadini. Le Regioni

possono garantire LEA maggiori rispetto quelli statali ma devono farvi fronte con risorse proprie .

-La formazione per gli operatori sanitari deve consistere nell' aggiornamento professionale (diretto ad accrescere le conoscenze professionali) e nella formazione permanente (tesa a migliorare le competenze ed abilità cliniche, tecniche e manageriali)

-Si introduce con la riforma della dirigenza sanitaria, il regime di esclusività del rapporto di lavoro. I medici sono chiamati a scegliere fra il rapporto di lavoro esclusivo e la libera professione fuori dal SSN. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce un requisito essenziale per accedere alla direzione delle strutture, solo i medici che lavorano in esclusiva per il SSN potranno dirigere reparti, dipartimento e unità operative.

In breve la legge di riforma del '99, oltre a sviluppare e facilitare l'aziendalizzazione incrementa il processo evolutivo di regionalizzazione, in altre parole va a consolidare l'autonomia della Regione sia nella definizione del piano sanitario nazionale, sia nella determinazione del fabbisogno complessivo del SSN.

2.5 LA RIFORMA DEL TITOLO V

Nel corso degli anni, con il susseguirsi di riforme , le regioni hanno ricevuto sempre più competenze e una sempre maggiore autonomia. Lo scopo era dare allo Stato italiano una fisionomia più "federalista", nella quale i centri di spesa

e di decisione si sarebbero spostati dai livelli più alti, lo Stato centrale, a quelli più locali, “avvicinandosi” così ai cittadini.

Il 18 ottobre 2001 viene approvata la riforma del titolo V della parte II della Costituzione con la Legge costituzionale n. 3 con l’obiettivo principale di ridefinire l’assetto di competenze legislative tra governi centrali ed enti locali. Il nuovo testo dell’art. 117, classifica le materie di intervento pubblico in tre nuove classi di competenze¹⁵: a legislazione esclusiva dello Stato, a legislazione concorrente (le Regioni possono legiferare all’interno di un quadro di riferimento stabilito dal livello di governo centrale) e a legislazione esclusiva delle Regioni. Tra le attribuzioni a competenza concorrente Stato-Regioni compare nel nuovo art.117 “la tutela della salute”, concetto più ampio rispetto al precedente «assistenza sanitaria ed ospedaliera», che quindi limitava la competenza concorrente delle Regioni . Lo Stato provvede a determinare i livelli assistenziali, e suddivide le risorse tra le Regioni, garantendo il loro finanziamento. Si può notare come a livello operativo il ruolo decisivo sia quello delle Regioni le quali devono garantire la tutela di quei livelli così come determinati dalla legge statale. Il modo in cui esse gestiscono la quota di FSN che gli viene destinata stabilisce la possibilità per gli utenti di fruire di un servizio più o meno soddisfacente.

¹⁵ <https://www.opira.it/wp-content/uploads/2018/09/Storia-e-organizzazione-SSN.pdf>

È di competenza esclusiva delle Regioni ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato, in tal senso, quindi, si pone implicitamente come primaria la competenza regionale rispetto a quella Statale. Inoltre all'art.119 si riconosce un'estensione dell'autonomia finanziaria dall'ambito regionale a quello dei Comuni, delle Province e Città metropolitane precisando che l'autonomia è da esercitare sia dal lato delle entrate che da quello delle spese.

Il denaro che le regioni possono spendere piuttosto liberamente grazie a questa autonomia arriva da una serie di imposte: compartecipazione all'IVA, addizionale IRPEF e IRAP. Le prime due sono imposte raccolte dallo Stato, che poi ne versa parte nelle casse delle regioni, mentre la terza è un'imposta regionale.

A distanza di alcuni anni si evincono differenze sempre più ampie tra Regioni, dovute anche alle diverse concezioni politiche e prassi di gestione delle tematiche sanitarie, e caratterizzate dal combinarsi di vari fattori. Differenze che hanno creato e creano non pochi disagi ai cittadini , problemi che affronteremo nel prossimo capitolo.

CAPITOLO TERZO

CRISI DEL SSN

3.1 CAUSE DELL'INDEBOLIMENTO DEL SSN

L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa, tuttavia vivere a lungo non vuol dire necessariamente vivere in salute: esaminando infatti la speranza di vita, l'Italia si colloca al quindicesimo posto al di sotto della media UE.¹⁶

La Sanità nel nostro Paese è sempre più diseguale ed uno dei driver principali di questa disparità è proprio il rapporto con il territorio. La riforma del Titolo V del 2001, che delegando alle Regioni l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari puntava ad un federalismo solidale, ha finito per generare una deriva regionalista, con 21 differenti Sistemi Sanitari. Diversi sia nella costruzione del modello di offerta sanitaria che nelle modalità di risposta ai bisogni della popolazione. Il risultato è un sistema nazionale apparentemente unitario e uniforme, ma sostanzialmente caratterizzato da un grande variabilità regionale di modelli assistenziali dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e iniquo.

La modifica del titolo V ha fatto sì che il processo federalista si limitasse ad una delega al controllo della spesa e non costituisse un incentivo a riorganizzare i SSR con il duplice obiettivo di migliorare la qualità dei servizi (spendere meglio) e ridurre i costi (spendere meno).

Le attuali difficoltà del SSN sono ascrivibili, oltre a come abbiamo già

¹⁶ Marco Vecchietti "La salute è un diritto. Di tutti", Egea, 2019, p.11

accennato alla regionalizzazione della sanità , sostanzialmente ad altri due ordini di problemi :

-il primo , di natura finanziaria , che riguarda l'inadeguatezza del finanziamento della spesa sanitaria del nostro Paese ,

-il secondo di natura demografica e scientifica, attiene all 'allungamento della vita media degli italiani , alla cronicizzazione delle principali patologie "mortalì" ed alla velocità dell'innovazione in Sanità .

Le differenze tra i sistemi sanitari regionali sono state amplificate dalla crisi economica, che si protrae da più dieci anni, che ha causato un' eccessiva enfasi sul controllo della spesa sanitaria posta dallo Stato (dove il Ministero dell'Economia e Finanze ha preso il sopravvento su quello della Salute).

La crisi ha portato ad una riduzione di risorse destinate ai sistemi sanitari regionali, accompagnata da misure di responsabilizzazione delle Regioni nella gestione e nel finanziamento della sanità. Il governo centrale ha dovuto mantenere un controllo forte sull'impatto economico della gestione regionale della sanità, perché gli elevati livelli di spesa sanitaria e i deficit delle Regioni in quest'ambito compromettevano l'equilibrio economico-finanziario a livello di sistema paese, pregiudicando il rispetto dei vincoli europei (rapporto tra deficit e Pil inferiore al 3%) .

Per controllare la spesa sanitaria¹⁷, ridurre la spesa pubblica e il debito , il d. lgs. n. 68 del 2011 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario) ha previsto un sistema di calcolo del finanziamento della sanità basato su costi e fabbisogni standard, che avrebbe dovuto garantire l'integrale finanziamento dei LEA.

All'art. 25, comma secondo, è disposto che l'individuazione del fabbisogno nazionale standard debba avvenire in modo da assicurare la compatibilità con i vincoli di finanza pubblica e gli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, mentre l'art. 26 stabilisce che dal 2013 la determinazione del fabbisogno nazionale standard deve avvenire tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza.¹⁸ La Corte costituzionale nella sent. n. 169 del 2017, ha evidenziato che dal sistema di calcolo del fondo emerge una legislazione disattenta ai diritti e ai meccanismi costituzionali di finanziamento. La transitorietà della crisi sarebbe diventata, secondo i giudici, permanenza dei metodi (distorsivi) di calcolo della spesa costituzionalmente necessaria

¹⁷Giuliana Giuseppina Carboni, "Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale" ,Federalismi.it,2020,p.283

¹⁸ Ettore Jorio , Un primo esame del d. lgs.68/2011 sul federalismo regionale e provinciale,nonché sul finanziamento della sanità,Federalismi.it,8 giugno 2011

per garantire i LEA. C'è uno scollamento che si realizza tra un livello di finanziamento che viene pesantemente ridotto e una determinazione dei livelli essenziali che non è stata rivista da parte dello Stato.

Tanto produrrebbe, la violazione, «per irragionevolezza e difetto di proporzionalità, anche del comma secondo dell'art. 117 Cost. e dell'art. 32 Cost.», compromettendo la possibilità di garantire i livelli essenziali in materia di diritto alla salute, nonché ridonderebbe anche sull'autonomia costituzionale garantita alle Regioni dagli art. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost.¹⁹

La crisi e le conseguenti politiche di austerità hanno prodotto effetti preoccupanti nelle Regioni più povere e assistite significando l'indebolimento del welfare. Per contro, le Regioni più ricche, dotate di maggiori capacità amministrative ed economiche, hanno fatto ricorso a proprie risorse per contrastare la crisi del welfare statale.

3.2 PIANI DI RIENTRO

Dal 1999 al 2004 lo Stato interveniva ad aiutare le Regioni che presentavano un disavanzo, dal 2005 la legge finanziaria del 30 dicembre

¹⁹ <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169>

2004 n. 311 ha introdotto nel nostro ordinamento le condizioni per l'accesso alle risorse sanitarie e i percorsi di risanamento per le Regioni in forte disavanzo, denominati Piani di rientro.

Lo strumento del Piano di rientro viene utilizzato dal Governo con l'obiettivo di porre rimedio a situazioni di deficit per il quale non si ritiene che la Regione possa autonomamente sviluppare un percorso di rientro e di assicurare nelle Regioni interessate che siano comunque garantiti i LEA a tutti i cittadini.

In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, i Piani di rientro proseguono secondo programmi operativi di durata triennale.

Attualmente sono sottoposte a tale disciplina sette Regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia.²⁰

I Tavoli di monitoraggio del Piano di rientro sono due : il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali presso il Ministero dell'economia e finanze e il Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza presso il Ministero della salute.

Nel caso in cui durante le periodiche verifiche, evidenziano inadempienze da parte delle Regioni in relazione alla realizzabilità degli equilibri finanziari nella dimensione e nei tempi programmati, in funzione degli

²⁰<http://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5022&area=pianiRientro&menu=vuoto>

interventi di risanamento, riequilibrio economico finanziario e di riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, il Consiglio dei Ministri avvia la procedura di commissariamento della Regione.

Attualmente le Regioni commissariate sono: Calabria e Molise.

Il Commissario, nella maggior parte dei casi è il presidente della Regione in carica al momento del commissariamento, è eventualmente affiancato da uno o più sub commissari.

Esso adotta tutte le misure indicate dal piano nonché ogni ulteriore atto o provvedimento normativo, amministrativo, organizzativo e gestionale correlato alla completa attuazione del piano.

Inoltre, con la nomina del Commissario sono attivate varie misure sanzionatorie, tra cui il blocco del turn over del personale (ad oggi non attivo in nessuna regione), il divieto di effettuare spese non obbligatorie, l'incremento, in via automatica, delle aliquote fiscali IRAP e IRPEF. Queste misure , che rispondono alla necessità di un controllo più stringente sui costi, hanno determinato il rientro dei disavanzi, a prezzo di alcuni effetti destinati a produrre nel tempo.

Due dei problemi connessi a tali manovre sono : la difficile sostenibilità dei servizi da parte dei SSR e l'aumento del gap tra i diversi livelli di qualità del servizio che le varie Regioni assicurano ai propri cittadini,

compromettendo l'obiettivo più generale del SSN di garantire un elevato standard del servizio su tutto il territorio nazionale. Il decadimento della qualità del SSN ha fatto sì che oggi il 52% degli italiani considera inadeguato il servizio sanitario della propria Regione, la percentuale più alta nel Mezzogiorno con il 68,9%, segue il Centro con il 56,1%, il Nord Ovest con il 41,3% e infine il Nord Est con il 32,8%.²¹

3.3 LA PRIVATIZZAZIONE CHE AVANZA

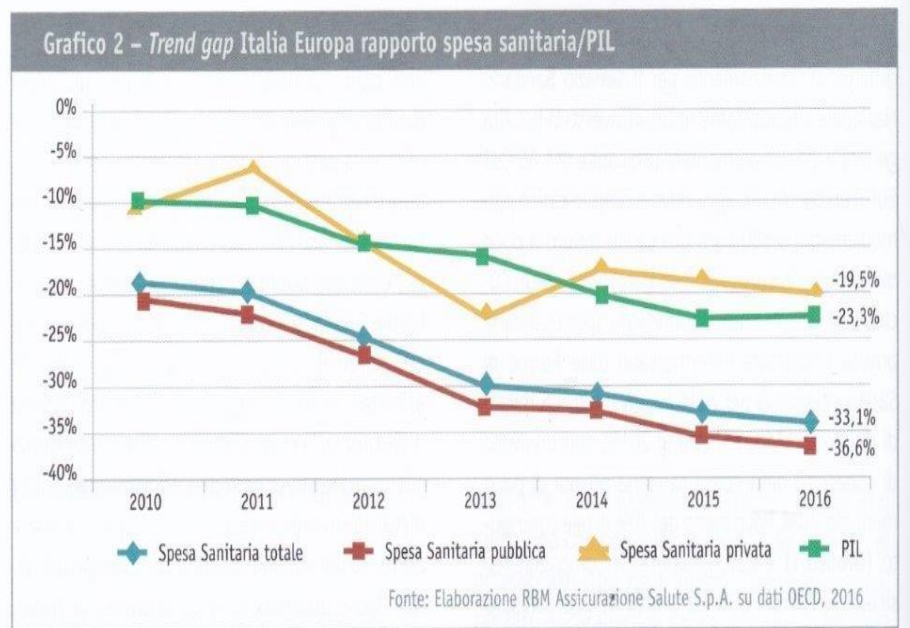
Estendendo la nostra analisi in una prospettiva comparativa con gli altri Paesi Europei, il nostro Paese rivela un sotto-finanziamento della propria spesa sanitaria pubblica. Negli ultimi 10 anni infatti la spesa sanitaria pubblica è cresciuta in media dell'1% annuo contro un +3,8% dagli altri Paesi Europei. Nel nostro Paese nel 2016 la spesa sanitaria pubblica è risultata inferiore del 37% rispetto alla media dei Paesi d'Europa. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil dell'Italia, infatti, è sceso dal 7% del 2010 al 6,5 del 2016 a fronte di un trend assolutamente inverso registrato negli altri Paesi Europei dove il rapporto nello stesso periodo è cresciuto dall'8% al 8,3%.

In controtendenza è il rapporto tra Spesa Sanitaria Privata e Pil che negli ultimi 10 anni è passato dall'1,9% (rispetto al 2% negli altri Paesi Ue) del

²¹ Marco Vecchietti "La salute è un diritto. Di tutti", Egea, 2019, p. 249

2010 al 2,4% (rispetto al 2,2% negli altri Paesi Ue) del 2016 .²²

Tab. I.3 :



In sostanza il progressivo arretramento del finanziamento Pubblico in Sanità ha richiesto ai cittadini di sopportare direttamente una quota crescente delle proprie spese per accedere alle cure . Dal IX Rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata e intermediata, presentato al «Welfare Day 2019» emerge che sono 19,6 milioni gli italiani costretti a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni essenziali prescritte dal

²² Marco Vecchietti “La salute è un diritto.Di tutti” ,Egea,2019,pp.89-91

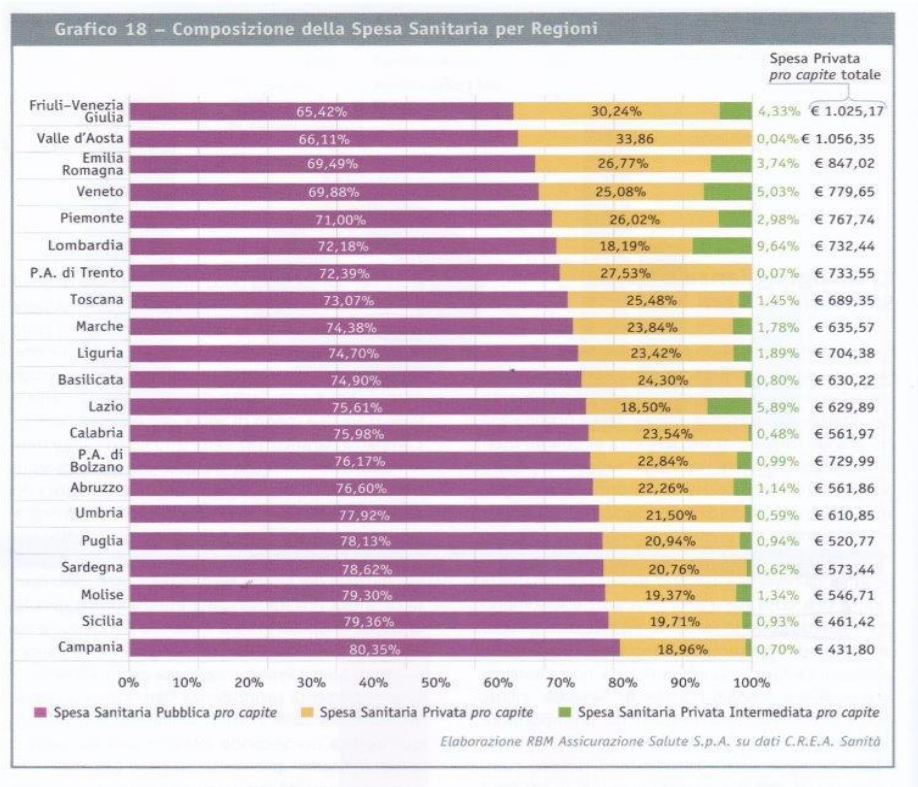
medico .²³ In 28 casi su 100 i cittadini, avuta notizia di tempi d'attesa eccessivi o trovate le liste chiuse, hanno scelto di rivolgersi a strutture private. Quindi nel nostro Paese pur in presenza di un SSN fortemente pubblico , l'incidenza delle spese sanitarie che i cittadini sono chiamati a pagare è più che doppia rispetto a quella registrata negli USA che da sempre adottano un Sistema Sanitario di prevalente natura privata.

A livello territoriale la Spesa Sanitaria Privata non risparmia le aree economicamente meno agiate , infatti pagano di tasca propria le cure sanitarie il 26% dei cittadini delle Regioni del Sud, poco meno del 20% quelli del Centro ,più del 24% quelli del Nord Est ed oltre il 30% quelli del Nord Ovest. ²⁴

Tab. II.3 :

²³ Il Sole 24 Ore , IX Rapporto Rbm-Censis, 13 giugno 2019

²⁴ Marco Vecchietti “La salute è un diritto.Di tutti” ,Egea,2019,p.25



3.4 GAP TERRITORIALI

Sanciti costituzionalmente dalla L. 833/78 I principi fondamentali d' universalità, d'uguaglianza e d' equità su cui si basa il SSN , vengono però smentiti dai dati registrati.

Richiamiamo solo alcuni dei findings principali :

-le liste di attesa medie nell' ultimo anno vanno dai 21,20 giorni di media in Valle d'Aosta agli 82,54 nel Lazio , ciò palesa le velocità con le quali opera a livello territoriale il SSN. Tempi d'attesa troppo lunghi spinge i cittadini che hanno urgente bisogno a rivolgersi a strutture private dove il tempo di attesa medio si attesta di poco superiore ai 5 giorni , in tutte le Regioni.

- Attualmente il costo medio a livello nazionale per ticket è di 50 Euro , la Regione con il valore medio dei ticket maggiore è il Veneto con 67 Euro , mentre quella con il valore medio più basso è la Sardegna con 33 Euro .

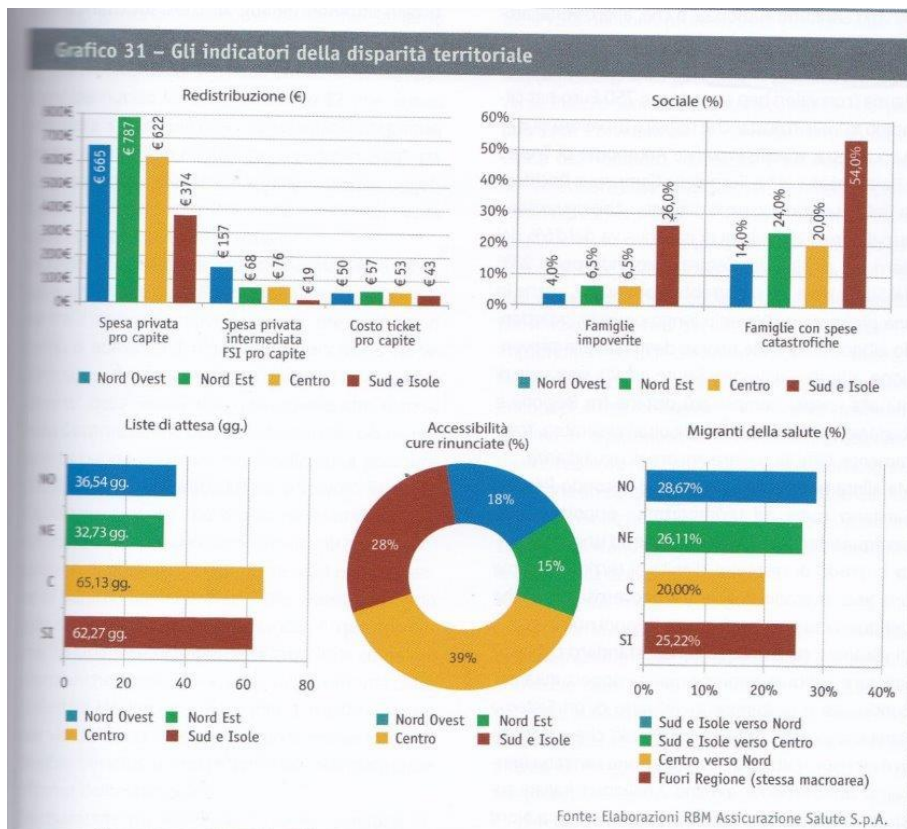
- la spesa sanitaria privata per cittadino in Italia nel 2016 è stata mediamente di 580 Euro pro capite. Si va dagli oltre 750 Euro in Valle d'Aosta ai 324,56 Euro della Campania .

- Il dato che suscita più preoccupazione è che oltre il 20% della popolazione italiana (erano 9 milioni nel 2012 sono diventati 12,2 milioni nel 2016) ha dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, l'incidenza delle cure rinunciate o differite va dal 33 % del Nord , al 39% del Centro passando per il 28% del Sud .²⁵

Lo sviluppo di un Sistema Sanitario profondamente diseguale ha fatto nascere il fenomeno della così detta mobilità sanitaria, che è in continua crescita (nel 2016 si è registrato un aumento del 21,4% rispetto al 2015) ciò provoca ad un arricchimento di alcune Regioni a scapito di altre . La migrazione prevalente è da Sud a Nord con 258000 persone , 235000 da sud a centro e 180000 da centro a nord .

Tab. III.3

²⁵ Marco Vecchiotti "La salute è un diritto.Di tutti" ,Egea,2019,p.130



3.4 CONSIDERAZIONI FINALI

Negli ultimi anni presa coscienza della crisi che sta vivendo il nostro SSN sono stati avviati interventi indirizzati a promuovere la capacità delle Regioni di attuare la riqualificazione dei servizi laddove questi avevano mostrato limiti quantitativi e qualitativi.

Nel 2019 alcuni degli interventi approvati sono stati : il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste d’attesa (PINGLA), che prevede la rapida definizione dei Piani regionali (tuttavia esso non contempla l’allocazione di nuove risorse), il Nuovo sistema di garanzia LEA,

l'abolizione del c.d. superticket, l'Intesa sul Patto per la salute 2019-2021 e le misure contenute nella manovra di bilancio 2020.²⁶

Il Piano nazionale prevede che vengano fissati i tempi massimi di attesa, per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio e impone l'acquisto di eventuali prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa.

Il nuovo sistema di garanzia dei LEA la cui applicazione ha avuto inizio il 1 gennaio del 2020 scaturisce dalla bassa significatività dei risultati della Griglia LEA 2016, che aveva individuato due sole Regioni inadempienti, a fronte di un quadro ben meno roseo fotografato dalle indagini nazionali e internazionali. Infatti da una verifica sperimentale per testare la validità del nuovo sistema è emersa una realtà più allarmante con ben 12 Regioni sotto la soglia.

In controtendenza rispetto al passato le recenti azioni sono volte a garantire maggiore qualità dei servizi sostenute da un indirizzo finanziario che opta per interventi mirati alla sostenibilità del pubblico.

L'intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute 2019-2021, concluso il 18 dicembre 2019 hanno previsto un aumento delle risorse di 2 miliardi per

²⁶ Giuliana Giuseppina Carboni, "Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale" ,Federalismi.it,2020,p.288

il 2020 e 1,5 miliardi per il 2021²⁷. Viene introdotto un nuovo meccanismo di affiancamento dello Stato alla Regione che non raggiunge gli obiettivi di erogazione dei LEA, inoltre diventa eccezionale il commissariamento e si definiscono nuove regole per l'uscita del commissariamento e per la nomina dei commissari ad acta. Dall'anno 2020 per il monitoraggio dell'erogazione dei livelli di assistenza a livello regionale e sub-regionale, il Comitato LEA effettuerà annualmente la valutazione basata sul Nuovo sistema di garanzia e nel caso in cui vengano rilevate gravi criticità in almeno due macro-livelli di assistenza, il Comitato LEA invita la Regione a presentare, entro 30 giorni, un piano di risoluzione. Dopo 10 anni di continui tagli al personale sanitario (46000 dipendenti in meno)²⁸, riduzione di strutture ospedaliere (200 ospedali chiusi) e la conseguente riduzione dei posti letto disponibili (70000 in meno), sono finalmente previste nuove assunzioni e nuovi investimenti infrastrutturali.

²⁷ Giuliana Giuseppina Carboni, "Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale" ,Federalismi.it,2020,p.289

²⁸ Francesco Curridori, "Ecco come 10 anni di tagli hanno ridotto la sanità italiana",Il Giornale, 29/03/2020

CONCLUSIONE

Crisi nel senso etimologico del termine vuol dire cambiamento , ed è proprio ciò che si deve auspicare per il futuro . Per anni la sanità non ha costituito un argomento di grande importanza durante i dibattiti politici . Oggi che il nostro SSN sta affrontando la sfida più importante contro la pandemia del Covid-19 ed i problemi della nostra sanità sono apparsi evidenti a tutti (gravi diversità territoriali, quote importanti di malati che rinunciano ad effettuare delle prestazioni, liste d’attesa lunghe, carenze

di personale, ecc...), è doveroso ridisegnare il nostro SSN per garantire effettivamente sia l'universalismo sia l'equità.

Se è vero che non tutti i cambiamenti si traducono in miglioramenti, è altrettanto vero che non esiste miglioramento senza cambiamento (W. Churchill).

BIBLIOGRAFIA :

- M.S.BONOMI,Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale,Federalismi.it,30 luglio 2014
- G.G.CARBONI,Il diritto alla salute e l'eguaglianza territoriale ,Federalismi.it,2020
- L.FASSARI, Nel 2019 spesa sanitaria sale a quota 117,3 mld.
Aumentano acquisti da privato e consumi intermedi. Spesa privata
supera i 34 mld. Ragioneria dello Stato: "Esistono ancora margini per
una maggiore efficienza",Quotidianosanità.it,15 settembre 2020
- E. JORIO, Un primo esame del d. lgs.68/2011 sul federalismo regionale
e provinciale,nonché sul finanziamento della sanità, Federalismi.it, ,8
giugno 2011
- G.M. PALAMONI, L'evoluzione del diritto alla salute: riflessi
giurisprudenziali ed organizzativi, Ildirittoamministrativo.it
- M.VECCHIETTI , La salute e' un diritto. Di tutti.,Egea,Milano,2019

SITOGRAFIA :

- <https://www.ilfattoquotidiano.it/2016/04/07/sanita-la-privatizzazione-avanza-indirettamente-grazie-alla-costante-ritirata-del-pubblico-in-nome-dei-conti/2613358/>
- <https://jacobinitalia.it/sanita-la-privatizzazione-strisciante/>
- https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2018-02-05/sanita-ricette-far-crescere-ii-pilastro-152823.php?uuid=AEC32buD&refresh_ce=1
- <http://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/attivita-formative-professionalizzanti-secondo-anno/seminario-delle-attivita-formative-professionalizzanti/diritto-alla-salute-nella-storia-4.pdf>
- <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2017&numero=169>