



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in Economia e Commercio

**IL DIRITTO ALLA SALUTE:
I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

***THE RIGHT TO HEALTH: THE
ESSENTIAL LEVELS OF ASSISTANCE***

Relatore:
Prof.ssa Laura Trucchia

Rapporto Finale di:
Veronica Riminucci

Anno Accademico 2018/2019

INDICE

Introduzione	>>1
Capitolo 1	
IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE	
1.1 Il diritto alla salute nel quadro costituzionale	>>2
1.2 Diritti e tutele	>>4
Capitolo 2	
L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE	
2.1 I principi del SSN	>>6
2.2 I livelli essenziali di assistenza	>>8
2.3 I tre grandi livelli: assistenza distrettuale, assistenza sanitaria e assistenza ospedaliera	>>9
2.4 Evoluzione storica dei LEA e il nuovo aggiornamento	>>12
2.5 I nuovi LEA	>>15

Capitolo 3

IL MONITORAGGIO E IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

3.1 Il sistema di monitoraggio	>>18
3.2 Focus sulla regione Marche: griglia	>>23
3.3 Il finanziamento	>>25

Capitolo 4

IL REGIONALISMO SANITARIO

4.1 eguaglianza, federalismo e livelli essenziali	>>29
---	------

CONCLUSIONI	>>34
-------------	------

BIBLIOGRAFIA	>>36
--------------	------

Ringraziamenti	>>37
----------------	------

INTRODUZIONE

Nonostante in Italia l'aspettativa di vita sia molto elevata rispetto ad altri paesi e le classifiche indichino la nostra sanità come la quarta la mondo, la spesa sanitaria resta comunque molto bassa a confronto con il resto dei paesi occidentali.

Da un'analisi accurata si stima che andando avanti saranno necessari miliardi di investimenti nel settore, dato che il costo delle cure mediche non fa altro che aumentare anno per anno.

I dati dimostrano poi che il sistema sanitario è sempre meno pubblico ma sempre più privato, dato che il 40% dei servizi viene erogato da quest'ultimo.

Vi si nota inoltre, anche molta disparità tra Nord Italia, Centro e Sud Italia per quanto riguarda l'incidenza della spesa sanitaria sui singoli cittadini, i quali alla fine di tutto sono i soggetti che più ne risentono.

Emerge anche un ulteriore dato preoccupante che ci delinea un'Italia letteralmente “spaccata in due”, con una spesa sanitaria ridotta del 25% al Sud.

Nel mezzogiorno più del 10% si sposta per curarsi in altre regioni.

Ci troviamo di fronte a un progressivo calo di risorse dei mezzi finanziari del Sistema Sanitario Nazionale, che non tiene più conto della realtà anagrafica e dei veri bisogni dei cittadini.

CAPITOLO 1

IL DIRITTO ALLA TUTELA DELLA SALUTE

1.1 Il diritto alla salute nel quadro Costituzionale

Il diritto alla salute è tutelato dall'art. 32 Cost:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Analizzando l'articolo recepiamo che il diritto alla salute rappresenta per il costituente un fondamentale diritto dell'individuo, oltre ad un interesse primario per la collettività. Pur essendo un tipico diritto sociale, ha una natura assimilabile a quella dei diritti di libertà, poichè presuppone la titolarità di uno status personale e naturale - la salute - che non può essere messo a repentaglio né dai singoli né dai poteri pubblici né da altri soggetti privati.

Deve essere considerato come un diritto soggettivo perfetto, in quanto volto a preservare l'integrità fisica e psichica dell'individuo nei confronti di tutti.

La Repubblica, e quindi la Costituzione, tutela la salute del cittadino non soltanto perchè ne rappresenta un diritto fondamentale ma anche in ragione dell'interesse della collettività.

La garanzia costituzionale è assicurata dalla circostanza che la salute del cittadino è socialmente utile; il diritto è assicurato in quanto svolge un'utilità sociale.

Molto importante è il ruolo rivestito dallo Stato, il quale, da un lato, si astiene da azioni che comporterebbero la lesione di tali diritti, dall'altra si assume il compito di realizzare tutte le condizioni affinché i cittadini vedano tutelata la propria salute.¹

La Costituzione garantisce la gratuità del servizio per gli "indigenti"; per quanto riguarda tutti gli altri soggetti non rientranti in quella categoria è prevista una forma di compartecipazione dell'utente con lo Stato (il ticket sanitario) per la copertura delle spese relative alle prestazioni sanitarie erogate dal SSN.

Le competenze istituzionali nel governo della sanità sono distribuite tra Stato e Regioni, entrambi impegnati nella regolamentazione ed offerta dei servizi sanitari.

Con la legge costituzionale n. 3/2001 è stato modificato il riparto di competenze fissato in precedenza nella Costituzione: il nuovo art. 117 Cost.² demanda allo Stato la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», come competenza a titolo esclusivo, mentre la «tutela della salute», concetto di certo più ampio rispetto al precedente «assistenza sanitaria ed ospedaliera», viene definita materia di competenza concorrente Stato-Regioni.

1 N.Dirindin, Tutela della salute: un diritto e un impegno, 2013

2- l'art. 117, co. 2, lett. m), riserva allo Stato la competenza legislativa in materia di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»;
- l'art. 117, comma 3, invece, attribuisce alla competenza concorrente la materia «tutela della salute» (già nella precedente formulazione la materia «assistenza sanitaria ed ospedaliera» era di competenza legislativa concorrente) e «ricerca scientifica» (collegata alle finalità di tutela della salute: cfr. Corte cost., 20 marzo 1978, n. 20).

1.2 DIRITTI E TUTELE

Per tutelare il diritto alla salute non basta far funzionare i sistemi sanitari ma è necessario promuovere la salute. In sostanza, gli Stati devono attuare una serie di provvedimenti legislativi in grado di indurre cambiamenti nel singolo e nella collettività al fine di favorire:

- condizioni di vita e di lavoro sicure e soddisfacenti;
- la salvaguardia degli ambienti naturali e artificiali;
- la conservazione delle risorse naturali.

Lo Stato deve favorire la diffusione di beni e servizi più sani, di ambienti igienici e non pericolosi, di cambiamenti dell'organizzazione sociale e ambientale.

Per quanto concerne, invece, i diritti del malato è presente il Tribunale per i Diritti del Malato³, il quale si può considerare un'espressione della società civile che si organizza per affermare e difendere i diritti del cittadino malato.

Il Tribunale, nato nel 1980 per tutelare i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e assistenziali, diventa una connessione necessaria tra le istituzioni, le quali sono distrette per quanto riguarda i reali bisogni del cittadino e i cittadini stessi, liberi di esprimere, sotto forma di denunce, la propria opinione; per questo, il Tribunale deve considerarsi uno strumento politico a favore dei cittadini per trasformare generiche lamentele in denunce mirate.

3 “Il TDM è una rete costituita da cittadini comuni, ma anche da operatori dei diversi servizi e da professionisti, che si impegnano a titolo volontario “ - www.cittadinanzattiva.itx

CAPITOLO 2

L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Il Sistema Sanitario Nazionale (d'ora in poi SSN) è un insieme di servizi e strutture, che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni d'uguaglianza, l'accesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie. La storia dell'evoluzione del SSN la si può analizzare in 8 fasi¹:

Al 1907 risale il primo Testo unico delle leggi sanitarie; nel 1948 la salute diventa un diritto fondamentale (l'Italia è stata la prima in Europa a riconoscere tale diritto nella sua Costituzione). La legge 296 del 13 marzo 1958 istituisce il Ministero della Sanità e al contempo vengono istituiti sul territorio vari uffici medici e sanitari. La Legge Mariotti del 1968 istituisce e organizza gli Enti Ospedalieri, costituisce il Fondo nazionale ospedaliero e introduce la programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle Regioni. È la premessa per la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito dalla legge 833 del 1978.

Negli anni '90 avviene un riordino del SSN, in quanto si registra una sempre più esiguità di risorse finanziarie: si introduce l'aziendalizzazione e le USL (unità sanitarie locali) si trasformano in ASL (aziende sanitarie con autonomia organizzativa).

La legge n° 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione) all'art.117 ridisegna le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Lo Stato ha competenza esclusiva per la profilassi internazionale, determina i "livelli

1 "Sanità pubblica, 8 tappe di una grande storia" www.assidai.it

essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale” e i principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente.

Come penultima fase, La legge n. 317, del 3 agosto 2001, modifica la denominazione da Ministero della Sanità a Ministero della “Salute”. Questo cambio va a rispecchiare il nuovo obiettivo del Ministero, ovvero quello di promuovere la salute della persona nel suo insieme e nella sua complessità. Nel 2001 e nel 2017 poi, vengono istituiti e aggiornati i Livelli essenziali di assistenza, prestazioni e servizi che il SSN deve garantire su tutto il territorio nazionale e a tutti i cittadini.

2.1 I PRINCIPI DEL SSN

I principi fondamentali su cui si basa il SSN sono tre: universalità, l'uguaglianza e l'equità.²

Universalità significa l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione: tutti garantiscono, in modo uniforme, i Livelli essenziali di assistenza (LEA)³ in ragione del fatto che oramai la salute non è solo un bene individuale ma una risorsa della comunità. Questi servizi sono erogati dalle Aziende sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dalle strutture private convenzionate con il SSN.

Uguaglianza intende che i cittadini possono accedere alle prestazioni del SSN senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Ai

² I principi del Sistema sanitario nazionale www.salute.gov.it

³ Per un'analisi dettagliata si rimanda al paragrafo successivo

cittadini, che non appartengono a categorie esenti, viene richiesto il pagamento di un ticket che varia da prestazione a prestazione, prevista dai LEA.

Inoltre, a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a eguali bisogni di salute che ha come finalità quella di superare le diseguaglianze; è il cosiddetto principio dell'equità.

I principi fondamentali appena visti vengono poi affiancati dai principi organizzativi, dove in seguito evidenziamo i più importanti:

Primo fra tutti è la centralità della persona :ogni cittadino ha libertà di scegliere dove curarsi, diritto ad essere informato sulla malattia e sulla terapia (opporsi o dare il consenso) , diritto alla riservatezza e il dovere di anteporre la tutela della salute dei cittadini a tutte le altre scelte.

Sono tutti diritti esercitabili da parte dei singoli cittadini e che invece rappresentano dei doveri per tutti gli operatori sanitari.

Sulla tutela della salute le competenze vengono distinte tra Stato-Regioni. E' previsto che lo Stato determini i LEA, i quali devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, mentre le Regioni, nell'ambito delle loro competenze gestiscono e programmano la sanità in ambito territoriale.

Per far si che vengano garantiti i principi risulta fondamentale, se non necessario, la collaborazione tra i vari livelli di governo (Stato, Regioni, Aziende e comuni).

Altri due principi importanti sono la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria ; il saper interagire con i pazienti

e il rapportarsi al lavoro in equipe risulta essere determinante al fine dell'esecuzione ottimale delle prestazioni.

2.2 I LEA

I livelli essenziali di assistenza (in acronimo LEA⁴) sono tutte quelle attività, prestazioni e servizi che il SSN deve offrire a tutti i cittadini indistintamente; sono fornite gratuitamente o sotto forma di compartecipazione (il ticket), utilizzando entrate pubbliche ottenute grazie a gettiti fiscali. Le prestazioni incluse nei LEA sono individuate sulla base di principi di effettiva necessità assistenziale, di efficacia e di appropriatezza e rappresentano il livello di cure “essenziali” garantito a tutti i cittadini .

I LEA garantiscono che chiunque debba essere curato, indipendentemente dal reddito o dal luogo di residenza, al massimo con l'aggiunta del pagamento del ticket. Fino a quando i LEA rimarranno alla base del nostro sistema sanitario, nessuno potrà essere escluso dalle cure perché troppo anziano o bisognoso di prestazioni troppo costose, perché dedito a comportamenti nocivi alla salute, troppo povero o, paradossalmente, troppo ricco: un reddito elevato può, al limite, giustificare la corresponsione di un ticket, ma non l'esclusione dal diritto all'assistenza⁵.

Vengono considerati un elemento fondamentale su cui si basa il nostro SSN, e lo rendono in Europa tra quelli più “assistenziali” nei confronti dei cittadini.

4 Bottari C. “I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie” p.159-161; Maggioli 2014

5 Cft: “la tutela della salute e le criticità che ne mettono in pericolo l'effettività” - www.altalex.com

Le prestazioni garantite dal Ssn e dunque comprese nei livelli essenziali di assistenza, possono essere erogate sia da strutture sanitarie pubbliche, sia da strutture sanitarie private, purchè accreditate con il Servizio sanitario Nazionale.

Le strutture si definiscono accreditate quando garantiscono determinati standard di qualità e sicurezza, rispettando specifici requisiti organizzativi, strutturali e di personale.

2.3 I TRE GRANDI LIVELLI :ASSISTENZA DISTRETTUALE, ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZA OSPEDALIERA

I LEA si suddividono in queste tre grandi aree ⁶che ora andrò ad analizzare una per volta.

Cosa s'intende quando si parla di assistenza distrettuale? Tutte quelle attività e servizi sanitari che vengono diffusi sul territorio. E' proprio questo il fondamento, ossia il "territorio", quindi non in regime di ricovero ospedaliero bensì tutti quei servizi che devono essere monitorati dai distretti⁷, generalmente dotati di autonomia nella gestione delle risorse e diretti da un direttore di distretto. All'interno dell'assistenza distrettuale possiamo individuare 9 aree di attività:

- emergenza sanitaria territoriale e di base

⁶ Cfr www.salute.gov.it

⁷ Disciplinato dalla normativa nazionale negli artt. 3 *quater*, *quinqüiens* e *sexies* è l'articolazione territoriale dell'Asl, che assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie. Trovano collocazione funzionale nel distretto le articolazioni territoriali del dipartimento di salute mentale e di cure primarie, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

- assistenza farmaceutica; assistenza integrativa;
- assistenza specialistica ambulatoriale; assistenza protesica;
- assistenza termale;
- assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

Avere diritto all'assistenza sanitaria invece, significa usufruire dei servizi di prevenzione e cura della salute come l'assistenza di base, le cure specialistiche o i ricoveri ospedalieri.

Il SSN garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:

- lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria, quindi una politica di sensibilizzazione sull'adozione di comportamenti positivi per la salute
- l'attivazione di percorsi assistenziali ai bambini e agli adulti attraverso il consulto con specialisti e la continuità assistenziale nelle fasi d' accesso ai ricoveri ospedalieri, della degenza e a quella della dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico
- il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca dei fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie e visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- i cittadini hanno il diritto a ricevere i farmaci prescritti dai loro medici sul ricettario regionale, partecipando alla spesa attraverso il pagamento di un contributo (ticket⁸); L'esenzione dal ticket è regolata da normativa regionale e può non essere la stessa da regione a regione
- continuità delle cure: il cittadino ha diritto di accedere alle cure continuamente, questo significa che quando non c'è il medico di base, l'assistenza deve essere garantita da un medico sostitutivo o dal servizio di continuità assistenziale (ex Guardia Medica);

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, è sempre un altro ramo dei LEA, infatti racchiude un complesso di prestazioni erogate gratuitamente da parte dello Stato.

Diversamente dalle altre tipologie, per accedere ai servizi di assistenza ospedaliera è necessario essere ricoverati, attraverso richiesta dal medico curante, dal pediatra, dalla guardia medica o dal pronto soccorso. Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola in 8 aree di attività: Pronto soccorso, ricovero ordinario per acuti, day surgery, day hospital, riabilitazione e

⁸ quota di partecipazione diretta dei cittadini alla spesa pubblica come controprestazione per l'assistenza sanitaria fornita dallo Stato. Esiste inoltre un sistema di esenzioni per reddito, fasce di età, per medicinali e servizi considerati "salvavita".

lungodegenza post acuzie, attività trasfusionali, attività di trapianto di cellule, organi e tessuti, centri antiveleni (CAV).

Le Regioni hanno la competenza in materia di organizzazione della rete di assistenza ospedaliera che viene effettuata sulla base di standard determinati a livello nazionale. La rete ospedaliera regionale, in particolare, deve assicurare un determinato numero di posti letto ogni 1.000 abitanti, in base a quanto previsto dalla normativa. Il numero di posti letto è individuato tenendo conto della necessità di trasferire in regime di ricovero diurno tutti gli interventi che possono essere eseguiti, in condizioni di pari sicurezza per il paziente, senza il pernottamento in ospedale.

Per quanto riguarda la chirurgia estetica, sono inclusi nei Lea solo gli interventi che si rendono necessari in conseguenza di incidenti, esiti di procedure medico-chirurgiche o malformazioni congenite o acquisite.

2.4 EVOLUZIONE STORICO-NORMATIVA DEI LEA E IL NUOVO AGGIORNAMENTO

Il D.p.c.m 29 novembre 2001 ha dato una svolta innovativa al nostro Sistema sanitario, definendo i livelli essenziali di assistenza.

Sul meccanismo procedurale si sono sollevate perplessità da parte della giurisprudenza, che nel 2005 ha determinato interventi e proposte di riforme, tra le quali si ricorda l'accordo Stato-Regioni che prevedeva l'istituzione del "comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea", con il compito di verificare le

congruità tra le prestazioni erogate dalle Regioni con le risorse messe a disposizione dallo Stato.

Nel 2008, c'è stata intenzione di riformare i Lea, ovvero, aggiornarli, attraverso l'aggiunta di prestazioni e servizi, ma il progetto è rimasto solo sulla carta data la mancanza di coperture economiche.

Seguì poi il decreto legge nel settembre 2012 “disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute” convertito poi in Legge Balduzzi⁹, il quale ha apportato novità sul profilo organizzativo dell'attività sanitaria e anche un piccolo aggiornamento dei LEA con l'aggiunta di 5 malattie croniche. Anche quest'ultimo non è andato a buon fine ma è stato ripreso dall'ex Ministro della Salute Lorenzin che con il disegno di legge approvato nel 2013 aveva l'obiettivo di migliorare gli stili di vita in materia di salute e contemporaneamente la sicurezza alimentare e il benessere animale¹⁰.

L'importanza di assicurare adeguati livelli di assistenza sanitaria resta uno degli impegni principali che Stato, Regioni e Province mirano a realizzare insieme attraverso il Patto della Salute, i costi standard e la compartecipazione alla spesa. Nella nota di aggiornamento al Def del 2013 si era previsto di razionalizzare le

9 Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 noto anche come decreto Balduzzi dal nome del Ministro della Salute del governo Monti è un atto normativo della Repubblica Italiana. Il decreto ha riguardato in particolare la riorganizzazione dei servizi sanitari in Italia e la regolamentazione dell'attività medica e scientifica. “si aggiornano i LEA tenendo conto anche di nuove patologie emergenti con riferimento prioritario alla malattie croniche, alle malattie rare e al fenomeno della ludopatia. “

10 Bottari C. “I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie”: l'evoluzione dei Lea tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma”- Maggioli 2014

spese, per un uso più efficiente delle risorse e dei servizi, con l'attenzione a sprechi e inefficienze.

Risulta dunque necessario monitorare l'efficienza delle prestazioni sanitarie e dei LEA su tutto il territorio perchè purtroppo in Italia i livelli di qualità dei servizi non sono uniformi e omogenei: è confermato il divario esistente tra le regioni del Nord Italia e quelle del Sud, dove alcune di queste (Campania, Puglia e Calabria) risultano essere particolarmente penalizzate sul fronte dei Lea. Le cause di questa realtà sono da ricercarsi nelle spese eccessive, nei notevoli sprechi di risorse, nei disavanzi sanitari e nella carenza di personale. Tra le Regioni più virtuose si trova il Sistema sanitario dell'Emilia Romagna che negli ultimi anni ha assunto una posizione di rilievo dal punto di vista dell'efficienza, qualità del servizio offerto e prestazioni sanitarie erogate.

C'è quindi la necessità di superare il divario esistente tra le varie regioni del nostro paese, attraverso una riorganizzazione del livello assistenziale ospedaliero; occorrerebbe ridefinire i LEA riconoscendo nella gestione dei servizi sanitari una maggiore autonomia organizzativa alle Regioni, con un accentuato controllo da parte dello Stato e una più forte responsabilizzazione da parte dei governi locali.

Per ridurre la spesa sanitaria e rendere i servizi maggiormente efficienti ci sarebbero tanti strumenti possibili, ma per quanto concerne i LEA, sarebbe utile non trascurare le politiche di prevenzione, che, promuovendo corretti stili di vita, tenderebbero a ridurre il costo della sanità.

2.5 I NUOVI LEA

I livelli essenziali in sanità non costituiscono un qualcosa di fisso e rigido ma sono per loro natura in continuo divenire. A questo proposito, il 12 gennaio 2017 il Presidente del Consiglio ha firmato il nuovo decreto che sostituisce integralmente il precedente dPCM 29 novembre 2001. Il provvedimento è predisposto in attuazione della legge di stabilità del 2016 la quale ha stanziato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA¹¹.

A differenza del dpcm del 2001, che si limitava a una descrizione generica dei sottolivelli di assistenza, il nuovo provvedimento ha carattere costitutivo per i nuovi livelli essenziali e diventa la fonte primaria per la definizione delle “attività dei servizi e delle prestazioni” garantite ai cittadini con le risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale. Il nuovo provvedimento ha quindi ridefinito le prestazioni, i servizi e le attività che sono garantite a tutti i cittadini sulla base delle risorse pubbliche; descrive con maggiore dettaglio le prestazioni incluse nei LEA; introduce prestazioni avanzate e toglie quelle obsolete ed infine ridefinisce e aggiorna l'elenco delle malattie croniche e invalidanti e quello delle malattie rare che hanno diritto all'esenzione.

E' stata definita una nuova “concezione” di assistenza sanitaria: ad esempio, una percentuale di interventi chirurgici prima effettuati solamente in day surgery sono passati all'ambulatorio.

¹¹ Bergò M. Rivista AIC 2/17

Nel provvedimento sono inoltre, inclusi i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica; per quanto riguarda gli accertamenti, per cercare di ridurre per quanto possibile la spesa sanitaria, quando il medico ne prescrive due, il secondo verrà eseguito solo se l'esito del primo lo richiede; inoltre il medico curante dovrà cercare di prescrivere solo accertamenti necessari e oltretutto non ripetibili entro un certo lasso di tempo. Nei nuovi LEA confluisce anche il nuovo piano vaccini, che prevede l'istituzione di nuove profilassi, prestazioni che alcune regioni distribuiscono già a titolo gratuito o attraverso il pagamento di un piccolo ticket, ma che devono essere estese a tutto il territorio nazionale portando le regioni a trovare le coperture finanziarie adatte. Il Piano nazionale vaccini 2017-2019 prevede infatti che le nuove vaccinazioni vengano offerte in maniera gratuita a tutti quei soggetti particolarmente a rischio, come i neonati, i bambini, gli anziani e i malati cronici.¹²

Infine, la novità sostanziale è il fatto che è stato previsto dal Ministro della Salute, che i LEA vengano aggiornati ogni anno e per questo è stata istituita la "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale"; la commissione ha il compito di garantire il costante aggiornamento dei LEA e monitorarne costantemente il contenuto attraverso una procedura semplificata e rapida, così da eliminare prestazioni obsolete e inserire prestazioni innovative nell'elenco.¹³

¹² A questo scopo, la legge 11 dicembre 2016, n. 232, legge di bilancio 2017, ha stanziato 100 milioni di euro per il 2017, 127 milioni per il 2018 e 186 milioni per il 2019, e ha vincolato queste somme nell'ambito del miliardo di euro in più destinato, oltre che alla profilassi vaccinale, ai farmaci innovativi, ai medicinali oncologici e alla voce "personale"

¹³ I nuovi livelli essenziali di assistenza - temi.camera.it

L'obiettivo è creare un Servizio sanitario nazionale che sia sempre al passo con le innovazioni tecnologiche- scientifiche con le esigenze dei cittadini.

CAPITOLO 3

IL MONITORAGGIO E IL FINANZIAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

3.1 IL SISTEMA DI MONITORAGGIO

Quando ancora il concetto di LEA era agli inizi, la legge del '78 prevedeva che fossero garantiti “in ogni caso” a tutti. Questa concezione fa oggi riflettere che a quei tempi i diritti fondamentali, come la salute appunto, non erano così tanto dipendenti dalle spese dello stato. Nel '92 invece, sono definiti obiettivi del SSN che “dipendono” dal livello delle risorse dello Stato; questa nuova visione rifletteva il fatto che si cercava di limitare le spese per evitare di aumentare ulteriormente il debito pubblico data anche la necessità di rispettare i vincoli di bilancio imposti dal Trattato di Maastricht.

Nel '99 gli viene attribuita un'altra definizione ancora, ovvero che i Lea e il fabbisogno dovevano essere definiti “contestualmente”, tornando a garantire una certa priorità ai diritti. A partire dal 2000 fu introdotto il federalismo fiscale, comportando il coinvolgimento delle Regioni nella determinazione dei Lea, diventando poi dal 2001 responsabili in prima linea della determinazione dei livelli. Le Regioni devono soddisfare gli obiettivi previsti nel Piano Sanitario Nazionale: la loro realizzazione comporta per le Regioni notevoli sforzi sia da un punto di vista economico, sia amministrativo.

Allo scopo di monitorare l'operato delle Regioni, nel 2005 è stato istituito il “Comitato¹ permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse” (Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005), il quale consente alle regioni coinvolte (tutte ad eccezione della Valle d'Aosta, le due province autonome di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna) di accedere alla quota del 3% delle somme dovute a titolo di finanziamento per il fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie.

Il monitoraggio, ossia l'accertamento degli adempimenti, avviene attraverso una serie di documentazione che viene richiesta alle singole regioni anno per anno, dai componenti del Comitato LEA, i quali stabiliscono anche gli adempimenti da eseguire e i relativi criteri di valutazione. La certificazione dell'adempimento riferito all'area “mantenimento nell'erogazione dei Lea” avviene attraverso una serie di indicatori ripartiti tra i tre grandi livelli dell'assistenza (distrettuale, sanitaria e ospedaliera) in una griglia, la quale permette di notare la eventuale disomogenità nell'erogazione. Gli indicatori vengono selezionati da una parte sulla base delle risorse destinate al Ssn tra i vari livelli di assistenza e dall'altra in base alle indicazioni politiche-organizzative.

Ogni indicatore assume un peso diverso e di riferimento: assegna punteggi

¹ Il Comitato è stato istituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005 ed è composto da: quattro rappresentanti del Ministero della salute (di cui uno con funzioni di coordinatore); due rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze; un rappresentante del Dipartimento per gli affari regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

differenti per ciascun livello a ciascuna regione confrontandoli con i parametri nazionali.

Gli indicatori attualmente sono soggetti a revisione da parte di esperti, che sulla base di esperienza pluriennale, documenti, provvedimenti nazionali e internazionali cercano di aggiornare, in modo tale da rendere la griglia flessibile.

La griglia è quindi un valido strumento per le istituzioni politiche e programmatiche, in grado di fornire informazioni sulle realtà regionali, analizzando le aree critiche in cui è compromessa l'erogazione dei LEA e al contempo evidenziando i punti di forza.

Il set degli indicatori nel 2017² è stato il seguente :

- 1) Prevenzione: copertura vaccinale nei bambini e quella antinfluenzale negli anziani > 65 anni; proporzione di persone che hanno effettuato lo screening di primo livello e indicatori sullo stile di vita
- 2) Prevenzione sanità animale: malattie animali trasmissibili all'uomo e anagrafi animali
- 3) Prevenzione sicurezza degli alimenti: contaminanti negli alimenti di origine animale e vegetale; controlli sanitari nelle fasi di produzione e distribuzione degli alimenti

² Monitoraggio dei Lea attraverso la cd. Griglia LEA; metodologia e risultati anno 2017- Ministero della Salute

- 4) Distrettuale: tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (< 18) ogni 100mila abitanti, per asma e gastroenterite; in età adulta per scompenso cardiaco
- 5) Distrettuale anziani: percentuale di anziani (>65) trattati in assistenza domiciliare; numero di posti per assistenza agli anziani per 1000 residenti
- 6) Distrettuale disabili: numero di posti riservati nelle strutture per 1000 abitanti
- 7) Distrettuale farmaceutica: percentuale del consumo annuo dei farmaci appartenenti al PHT
- 8) Ospedaliera: tasso di ospedalizzazione, di ricoveri e di accessi di tipo medico ogni 1000 abitanti
- 9) Performance del sistema del “118”

La scelta delle soglie dei valori degli indicatori dipende da diversi fattori. Sono suddivise in 5 classi in funzione della distanza del valore dell'indicatore dallo standard nazionale (“valore normale”) e a ciascuna classe è assegnato un punteggio.

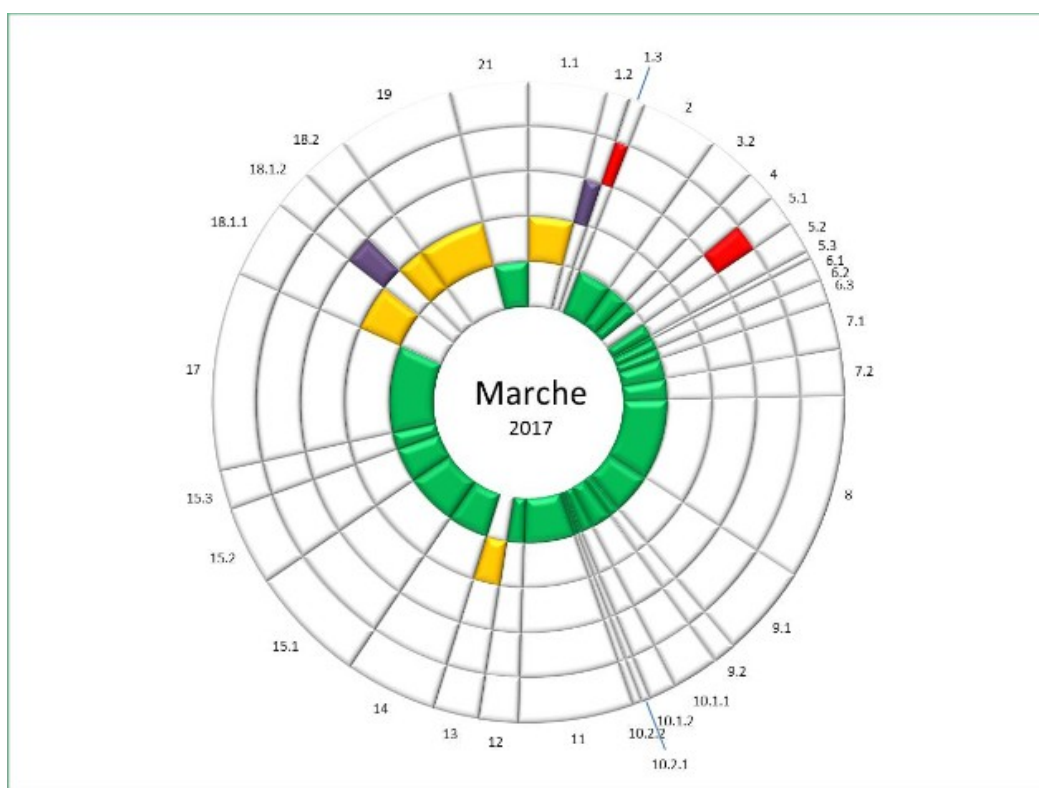
<p style="text-align: center;">VALORE NORMALE 9 punti</p> <p style="text-align: center;">SCOSTAMENTO MINIMO 6 punti</p> <p style="text-align: center;">SCOSTAMENTO RILEVANTE MA IN MIGLIORAMENTO 3 punti</p> <p style="text-align: center;">SCOSTAMENTO NON ACCETTABILE 0 punti</p> <p style="text-align: center;">DATO MANCANTE O PALESEMENTE ERRATO - 1 punto</p>

La somma dei prodotti dei pesi per i punti della classe in cui si colloca il valore dell'indicatore fornisce il punteggio finale che costituisce la valutazione globale della regione rispetto all'adempimento sul "mantenimento dei LEA". I punteggi finali vengono poi suddivisi in due classi di valutazione: adempiente o inadempiente, a seconda che, nel primo caso ci sia un punteggio > 160 o compreso nell'intervallo 140-160 e nel secondo caso, un punteggio < 140 con almeno un indicatore critico.

Per facilitare la lettura dei diversi andamenti di ciascuna Regione, riguardante il mantenimento dell'erogazione dei Lea, si può sintetizzare la griglia in un "Rosone". Nel 2017 si componeva di 33 settori di ampiezza pari al peso del singolo indicatore e di 5 anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie; la posizione e il colore dell'etichetta consentono di individuare facilmente punti di forza (colore verde) e livelli crescenti di criticità (dal giallo fino ad arrivare al rosso). Nel 2017 risultano adempienti la maggior parte delle regioni ad esclusione di Calabria e Campania che si collocano nella classe "inadempiente". Tali regioni che, sono sottoposte ai Piani di Rientro, dovranno superare le criticità rilevate su alcune aree dell'assistenza.

3.2 FOCUS SULLA REGIONE MARCHE

Relativamente ai dati del 2017, la valutazione finale si attesta per la Regione Marche su un punteggio pari a 201 che secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato Lea (range -25 -225; positivo a 160) risulta ampiamente positivo e in crescita nel periodo 2013-2017



fonte: www.salute.gov.it

Nell'anno 2017 nel complesso la Regione raggiunge valori adeguati, entro i parametri di riferimento, per gran parte degli indicatori relativi ai tre livelli di

assistenza prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e ospedaliera.

Dal recente articolo di BOCCI M., “Sanità,ecco la classifica delle regioni.Veneto al top”, pubblicato sul quotidiano Repubblica il 26/10/2019, si riferisce alla graduatoria stilata prendendo a riferimento i dati del 2018, non ancora resa ufficiale sul sito del Ministero a causa di una regione che ha chiesto il riconteggio del proprio punteggio.

Come si deduce dal titolo dell'articolo³, la regione del Veneto è la prima in classifica con 222 punti su 225 max; seguono sul “podio” Toscana ed Emilia-Romagna con 220. Con riferimento alle Marche invece, cala il punteggio da un 201 del 2017 a 191 del 2018, perdendo alcune posizioni e trovandosi quindi nona in classifica.

3 Cfr “Sanità ecco la classifica delle Regioni:Veneto al top” dal quotidiano La Repubblica

3.3 IL FINANZIAMENTO

La capacità pubblica di sostenere le politiche socio-sanitarie risulta essenziale per assicurare l'attuazione del diritto costituzionale alla salute. Nel nostro sistema, il paziente non è “al centro”, per questo da tempo, si richiedono a Stato e Regioni nuovi strumenti nella gestione delle risorse destinate alla sanità.

In generale il fabbisogno sanitario⁴ è finanziato dalle seguenti fonti:

- entrate proprie delle aziende del SSN (ticket e altri ricavi)
- fiscalità generale delle regioni (IRAP e IRPEF, dove una componente di gettito fiscale è destinata al finanziamento della sanità)
- bilancio dello Stato (finanzia il fabbisogno sanitario non coperto da altre fonti di finanziamento, attraverso la compartecipazione dell'IVA, delle accise sui carburanti e attraverso il Fondo sanitario nazionale).

Le Regioni assegnano⁵, sulla base di diversi parametri, le risorse finanziarie alle aziende, che le impiegano per garantire l'erogazione delle prestazioni di loro competenza previste dai Livelli essenziali di assistenza. L'assegnazione delle risorse alle aziende tiene conto della mobilità passiva (cioè i residenti che si curano in strutture di altre aziende sanitarie o regioni) e della

4 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. salute.gov.it

5 Balduzzi R. Condizionamento finanziario e cosiddetti “nuovi lea” p 88-92 fa parte di: La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio. Maggioli 2012

mobilità attiva (nel caso siano state curate persone provenienti dall'esterno dell'azienda).

Finanziamento del servizio sanitario nazionale a carico dello Stato

Anno	Importo finanziamento(€ mld.)
2011	106,905
2012	107,961
2013	107,004
2014	109,902
2015	109,715
2016	111,002
2017	112,577
2018	113,404
2019	114,474

Fonte: elaborazione Ministero della Salute su dati normativa

Siamo caratterizzati da una forte attenzione al lato della spesa, cioè si cerca continuamente di contenere il deficit di impiego delle risorse. Con i vari d.lgs che sono intervenuti nel tempo, si è poi arrivati alla conclusione che la sanità è una delle materie più modellate sulla dimensione regionale.

Nel nuovo quadro istituzionale il legislatore ha attribuito a ciascun livello di governo specifiche responsabilità: da un lato le Regioni, che si occupano di programmazione delle politiche locali sul territorio, dall'altro lato, a livello centrale lo Stato si occupa di indirizzare, sostenere e monitorare i risultati.

Le regioni sono obbligate comunque vada a garantire quei diritti ritenuti inviolabili⁷, come appunto la salute, senza dare troppa importanza ai sacrifici che dovranno sopportare. A questa conclusione si è giunti dopo una sentenza della Corte Costituzionale, la quale ha ricordato che l'equilibrio di bilancio non deve condizionare la giusta erogazione di essi. Quindi qualora le regioni non ricevano risorse a sufficienza hanno solo due possibilità per continuare ad erogare normalmente i Lea: possono agire sulle aliquote regionali, aumentandole, oppure aumentare il ticket sanitario.

Il problema delle risorse disponibili ha condizionato l'attuazione dei Lea; per quanto riguarda le fonti del finanziamento⁶, le regioni ricevono una quota del Fondo sanitario nazionale, calcolata in base al criterio del costo standard, che ha l'obiettivo di finanziare l'erogazione dei Lea, dal personale alle attrezzature. Per quanto riguarda le modalità di erogazione è previsto⁸ dal 2009, che ad ogni regione venga erogato il 70% delle risorse a titolo di acconto, mentre il restante 30% viene erogato solamente dopo l'approvazione da parte del Comitato per i rapporti Stato-Regioni degli obiettivi di piano. Probabilmente però il dato più preoccupante dell'intero decreto di aggiornamento dei Lea riguarda l'aumento di spesa a carico dei cittadini, conseguente alla modifica di molte prestazioni sanitarie. È stato calcolato, infatti, che il risparmio

7 In questo senso già M. LUCIANI, I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria..., cit., rileva come non sia corretto sostenere che il diritto alla salute è condizionato dalle risorse finanziarie, perché in un Paese economicamente progredito come il nostro le risorse ci sono, semmai il problema dipende dalla loro distribuzione, ossia dalla volontà politica di destinare le risorse a questo o ad altri scopi.

6 Lazzaro F. Il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza. Fa parte di: La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution. Atti del convegno 2004

8 Cfr Bergò M. Rivista AIC

di 50 milioni € sui ricoveri è stato riportato sul costo del ticket che verrà pagato dai cittadini.⁹ Forse, la scelta di caricare sulla collettività parte del costo delle nuove prestazioni sanitarie è sembrato meno grave di un ulteriore ritardo nell’emanazione del dpcm. La sentenza del 2008 della Corte Costituzionale ha precisato e chiarito che “proprio per assicurare l’uniformità delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza, spetta allo Stato determinare la ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il SSN e gli assistiti, sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale” Inoltre, un’indagine effettuata a scopo conoscitivo sul SSN, condotta tra il 2013 e il 2014 dalle Commissioni Affari Sociali e Bilancio della Camera, ha evidenziato la necessità di rafforzare il ruolo dello Stato nell’indirizzo e verifica dei sistemi sanitari regionali, al fine di garantire un’erogazione omogenea dei LEA su tutto il territorio nazionale.

9 Relazione tecnica al “Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” www.sanita24.ilsole24ore

CAPITOLO 4

IL REGIONALISMO SANITARIO

4.1 EGUAGLIANZA, FEDERALISMO E LIVELLI ESSENZIALI

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con la legge n 3 del 2001 nel ridefinire l'art. 117, è anche intervenuta in materia sanitaria: la Costituzione riservava alcune competenze esclusivamente allo Stato, quali:

- 1) la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni
- 2) la profilassi internazionale
- 3) la determinazione dei “principi fondamentali” nelle materie di competenza concorrente, tra cui la salute e la ricerca scientifica.

Il nuovo articolo 117 Cost. determina l'ampliamento del potere riconosciuto allo Stato, attraverso maggiori competenze esclusive; individua poi materie di sola competenza regionale.

La tutela della salute, da competenza concorrente¹, viene ripartita tra Stato e Regioni in modo tale che le disposizioni generali e comuni per la salute vengano decise solamente dallo Stato, mentre la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari è di competenza regionale. Ad oggi, infatti, i livelli essenziali di assistenza (LEA) sono definiti con DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni.

¹ Jorio E. “Verso il servizio sanitario federale”. Fa parte di: La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio. Maggioli editore 2012

Tutto ciò, ovvero l'eliminazione della competenza concorrente dovrebbe snellire la maggior parte dei procedimenti di approvazione dei provvedimenti e favorire una più veloce definizione dei livelli essenziali di assistenza.

La ripartizione delle competenze² fra questi diversi livelli avviene secondo quanto dettato dall'art. 117 della Costituzione, che nello specifico distingue fra:

- competenza esclusiva statale: i Livelli essenziali di assistenza. Lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute attraverso la fissazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 117, comma II°, lett. m);
- competenza concorrente Stato-Regioni: la tutela della salute

Secondo l'art. 117, comma III°, le Regioni devono garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. La tutela della salute è materia di legislazione concorrente, questo significa che, mentre i principi fondamentali sono determinati dallo Stato, la disciplina di dettaglio spetta alle Regioni.³ Oltre alla sanità pubblica, la Sanità privata, ha rappresentato, sin da subito, una risorsa per il Servizio sanitario nazionale. Questo perché il SSN ha riconosciuto al cittadino, il quale ricopre una posizione centrale, il diritto di libera scelta del luogo di cura.

Il sistema comunque, garantisce la qualità delle strutture e dei professionisti sanitari, vincolando le prime alla concessione dell'autorizzazione all'esercizio ed i

2 Balboni E. Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali

3 Benci L. Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento. Cfr www.quotidianosanità.it

secondi all'abilitazione professionale. Il cittadino può rivolgersi gratuitamente (o pagando l'eventuale ticket) a strutture sanitarie e professionisti pubblici o privati accreditati con il Ssn, scegliendoli liberamente. Bisogna però precisare che le prestazioni erogate, sia mediante strutture pubbliche che private accreditate, sono solo quelle individuate nei LEA, pertanto qualora un cittadino volesse accedere ad una prestazione sanitaria non compresa nei LEA, il relativo costo sarebbe totalmente a suo carico sia che essa venga erogata in una struttura pubblica che in una struttura privata accreditata.

La riforma del titolo V della Costituzione ha poi previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive (ma mai inferiori) a quelle incluse nei Lea. Questo comporta che i Lea possano essere diversi da Regione a Regione fermo restando che quelli definiti a livello nazionale vengono garantiti in tutto il territorio italiano.

Le competenze istituzionali della sanità sono distribuite, come sopra è stato evidenziato, tra Stato e Regioni. Entrambi sono impegnati nella regolamentazione ed offerta dei servizi sanitari e come abbiamo già evidenziato: allo Stato, come competenza esclusiva, è riservata la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale mentre alle Regioni, la tutela della salute, indicata come materia di competenza concorrente (art. 117, comma III°)

Dal quadro costituzionale e normativo è quindi emerso che il sistema sanitario nazionale italiano è di tipo decentrato, ma con riguardo alle prestazioni

considerate essenziali, è uniforme per tutto il paese. Lo schema è semplice da apprendere: lo Stato ripartisce le risorse economiche fra le Regioni e stabilisce quali trattamenti rientrano nei lea; dopodichè a livello operativo il ruolo decisivo lo hanno le Regioni. Tuttavia questo sistema il quale si fondava su un ampio margine di autonomia riconosciuto alle Regioni (che era il punto forte della riforma) ha provocato, sin dagli inizi della riforma costituzionale n. 3/2001, una disuguaglianza fra le Regioni.

⁴Le diversità normative che si sono succedute nel tempo fra le regioni hanno prodotto situazioni economiche-finanziarie disomogenee tra Regioni, ciò in quanto il modello è stato applicato in alcune regioni, quelle più virtuose, utilizzando sistemi efficaci di controllo della spesa, apportando anche delle modifiche all'organizzazione, procurando in questo modo un servizio migliore sia dal punto di vista qualitativo sia dal punto di vista dell'efficacia, comportando complessivamente per il cittadino un risultato soddisfacente. Altre Regioni invece, hanno continuato a spendere, applicando in malo modo il criterio di riparto delle risorse. Sono regioni, che presentano un pesante stato di arretratezza sia nella qualità che nell'efficienza delle prestazioni erogate, le quali potrebbero riallinearsi alle Regioni più virtuose non di certo in pochi anni, ma sicuramente in periodi ben programmabili. Ne è derivata una forte disuguaglianza fra cittadini appartenenti a Regioni diverse con il conseguente, in alcuni casi, dell'inevitabile fenomeno della "mobilità sanitaria".

4 La tutela costituzionale del diritto alla salute: le principali criticità che la mettono "in pericolo" cfr cortegiustiziapopolare.it

La Corte Costituzionale negli ultimi anni si è occupata di queste criticità sotto diversi aspetti con un certo numero di sentenze, che si possono riassumere in 5 gruppi fondamentali:

-Vincoli di bilancio;

-Autorizzazioni e accreditamento delle strutture sanitarie private;

-Attività libero professionale;

-Disciplina degli incarichi dirigenziali;

-Tutela della salute e la libertà di scelta.

CONCLUSIONI

Ho deciso di approfondire in questo elaborato un tema a me molto caro: la salute.

Ho introdotto il Sistema Sanitario Nazionale, per la precisione i LEA, i quali svolgono un ruolo molto importante nel nostro ordinamento per tutti i cittadini, garantendo prestazioni e servizi.

Andando per gradi ho prima deciso di analizzare cosa s'intende nel nostro Paese, più nello specifico, nella nostra Costituzione per diritto alla salute.

Sono andata a ricercare le diverse tutele a riguardo di questo diritto inviolabile, facendo riferimento soprattutto al quadro costituzionale.

La salute è oggi un tema molto importante nella nostra società, che mette in relazione la vita comune di tutti i cittadini.

I livelli essenziali di assistenza, i cosiddetti livelli minimi che uno stato deve assicurare, sono parte integrante di questo diritto così importante e meritano molta attenzione da parte delle autorità ed è per questo forse, che negli ultimi tempi la salute ha acquisito ancor più importanza di quanta già non ne avesse prima.

Importante è anche il continuo monitoraggio dell'erogazione dei LEA, compito che spetta allo Stato, il quale monitora l'operato delle Regioni anno per anno, attraverso indici specifici.

Significante è anche approfondire il ruolo che hanno le regioni in merito a un tema così importante, e quali sono i loro compiti, i loro poteri.

Nel corso dell'elaborato è emerso un quadro del sistema sanitario italiano caratterizzato da luci e ombre.

Tra gli aspetti positivi meritano di essere ricordati da un lato, il valore insostituibile del Servizio Sanitario Nazionale, quale strumento indispensabile per la tutela della salute; dall'altro il fatto che gli oneri derivanti da questo sistema sanitario non sono superiori a quelli di altri paesi, ma anzi si collocano al di sotto della media internazionale ed europea.

Tra gli aspetti negativi, invece, prima di tutto va ricordata la preoccupazione che il protrarsi della crisi finanziaria e la conseguente sensibile riduzione dei finanziamenti destinati al SSN riducano la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni sanitari della popolazione; in secondo luogo, è stato verificato che le due regioni sottoposte a piano di rientro, e più in generale, la quasi totalità delle regioni meridionali, si trovano in una situazione notevolmente diversa rispetto alle altre regioni, posto che le prime lamentano ritardi infrastrutturali da cui derivano inaccettabili differenze nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, che mettono a rischio l'universalità del sistema.

Per quanto riguarda il riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni, è evidente che appare una necessaria azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, tale a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bottari Carlo: “I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie” (quaderni di sanità pubblica) anno 2014

Barbera, Fusaro: Corso di diritto pubblico, il Mulino 2016

Bottari Carlo e Roversi Monaco Fabio : “La tutela della salute tra garanzie degli utenti e vincoli di bilancio” (quaderni di sanità pubblica) anno 2012

La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution : atti del Convegno, Genova, 24 febbraio 2003 / a cura di Renato Balduzzi

Dirindin N., Rivorio C La tutela della salute: un diritto e un impegno

I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema / a cura di Renato Balduzzi

<http://www.salute.gov.it>

<https://www.assidai.it/sanita-pubblica>

https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_deilivelli_essenziali_di_assistenza_lea_.html

rivista AIC n°2/2017

<https://www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute>

<https://www.repubblica.it/salute/medicina>

<http://www.saluteinternazionale.info/>

www.altalex.com

www.quotidianosanità.it

www.cittadinanzattiva.it

RINGRAZIAMENTI

Concludo ringraziando gentilmente la prof.ssa che mi ha dato l'opportunità di analizzare questo argomento e svolgere questa tesi.

Ci tengo a ringraziare anche tutte quelle persone che mi sono state vicine durante questo percorso; che mi hanno supportata e sopportata allo stesso momento.

Le mie compagne di corso, la mia famiglia e i miei amici.. ma ringrazio anche me stessa, che nonostante tutto ho sempre trovato la forza di andare avanti anche quando le circostanze non erano delle migliori.