

LEGISLAZIONE SANITARIA DELLE ATTIVITA' MOTORIE E SPORTIVE (PROF. BOTTARI)

LEZIONE 1. 11.10.

(Parte 1)

Strumenti del diritto:

1. LEGISLAZIONE

È il primo strumento del diritto, il più noto e quello vincolante. La normativa è quella parte di atti giuridici vincolanti che l'ordinamento produce ed è la parte più evidente ed immediata. Il sito " *Normattiva* " presenta le leggi aggiornate e tutti gli atti normativi vincolanti che sono quelli pubblicati sulla Gazzetta ufficiale (dove però non si vedono gli aggiornamenti) Analogamente la normativa europea, dunque straniera, si trova su eurlex. L'ordinamento sportivo è separato dall'ordinamento comune, una federazione ha regolamenti propri e non è regolamentata dalle leggi dello stato per cui per conoscere le fonti dell'ordinamento sportivo bisogna andare sul sito delle singole federazioni.

2. GIURISPRUDENZA

Rappresenta l'interpretazione concreta della normativa, cioè come i giudici interpretano il diritto vigente e lo fanno diventare diritto vivente. Es. rapporto lavorativo – rapporto sportivo (esonero - licenziamento). La giurisprudenza è composta da tutte le pronunce dei giudici della magistratura ordinaria o amministrativa e dalle pronunce degli organi di giustizia federali.

- Giurisprudenza ordinaria - amministrativa = rapporti regolamentati dalla normativa comune
- Giurisprudenza federale sportiva = violazioni di norme regolamentari federali sportive
In Italia la giurisprudenza non è vincolante: il fatto che un giudice si sia pronunciato in un certo modo non significa che anche il giudice successivo si debba pronunciare in modo uguale. Tuttavia, il modo in cui si pronuncia un giudice è indicativo, cioè suggerisce un'interpretazione; quindi, si cerca di capire come ha agito la giurisprudenza in passato.

3. DOTTRINA

È l'analisi degli "studiosi del diritto" che interpretano una certa norma o danno a loro volta un'interpretazione della giurisprudenza (es. il giudice voleva dire questo secondo me).

Chiaramente l'analisi sull'interpretazione dipende da chi viene fatta: se questa interpretazione viene data dal presidente del Consiglio di Stato e successivamente scritta su un articolo avrà un certo peso, se viene detta da una persona qualunque no. Lo Sport oggi è affidato ad un Ministro dello sport (perché non esiste un ministero dello sport), un singolo soggetto che si occupa dei rapporti tra ordinamenti, sportivo e statale, con delega apposita

rilasciata dal presidente del consiglio. Fino a qualche tempo fa lo sport era compreso nel Ministero dei Beni culturali; negli anni si è sviluppata la tendenza di considerare lo sport in più dimensioni quali ludica, spettacolo, promozione del benessere, prevenzione e riabilitazione; dunque, si è avvicinato molto di più alla sanità. Basti pensare che l'ente che si occupa di fornire servizi, tra gli altri anche al CONI, è quello che un tempo di chiamava CONI e servizi ed oggi si chiama **SPORT E SALUTE SPA** ed è controllato dal governo. Questo perché si sono accorti nel tempo dell'esigenza di promuovere lo sport per promuovere la salute del cittadino e tutelare quella degli sportivi.

L'istituzionalizzazione tra sport e salute è avvenuta tramite questa società che non fa più parte del Coni ma si lega con contratti annuali perché è uno dei soggetti che riceve un servizio. Inoltre, SPORT E SALUTE SPA si occupa di gestire le strutture sportive nei parchi e in generale di promuovere lo sport come promozione di salute, prevenzione e promozione della coesione sociale. Alla base di questa società c'è anche la necessità da parte dell'ordinamento statale anche di ridurre altri costi: per esempio i costi diretti del servizio sanitario nazionale, molti di questi potrebbero essere ridotti con un'adeguata attività fisica. Il nostro ordinamento deve gestire delle esigenze molto ampie di cui la prima è creare una disciplina per regolamentare il servizio sanitario. Prima ancora di pensare allo sport, l'ordinamento statale ha pensato alla salute ed al servizio sanitario ed il rapporto stretto tra questi è abbastanza recente.

PERCORSO STORICO

- **Art. 32 - 1948** nasce la Costituzione. Fino al 1978, lo stato non si occupava della tutela della salute e non esisteva il servizio sanitario. Esisteva il sistema mutualistico con delle strutture come ospedali, pubblici, privati o comunali, ma le prestazioni sanitarie venivano pagate o direttamente dal cittadino o dalla cassa mutua cioè una sorta di assicurazione (un fondo sanitario) per i lavoratori che delle volte copriva anche i propri familiari mentre in alcuni casi no. Il servizio sanitario nazionale oggi viene pagato tramite le tasse e i contributi, mentre il datore di lavoro non paga le singole prestazioni sanitarie dei singoli, paga Inail, Inps, malattia ed infortuni. Fino al '78 il datore di lavoro pagava i contributi che arrivavano alla mutua e le mutue poi pagavano gli ospedali coprendo i costi. Questo sistema crollò perché i datori di lavoro non riuscivano a pagare le mutue e lo stato si trovò a coprire i costi.
- **Legge 833 - 1978** nasce il **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE** e lo stato da quell'anno si obbliga a garantire il servizio pubblico, dunque, il servizio diventa doveroso, lo stato deve sempre garantire il servizio e non può rinunciarvi.
- **D. legislativo 502 - 1992** fa parte del complesso delle Riforme Bassanini, cioè le riforme che vedono una regionalizzazione dei servizi. È il decreto che tra le altre cose ha trasformato le USL in ASL. Con le riforme del '92 il sistema sanitario trova un'evoluzione enorme perché vengono introdotti l'aziendalizzazione e il sistema di accreditamento, cioè la possibilità per un soggetto privato di offrire servizi all'interno del servizio pubblico di sistema sanitario, sono le così dette strutture convenzionate,

ad oggi accreditate. Il DLGS 502 affida l'aspetto amministrativo alle regioni, cioè fa passare le competenze dai comuni alle regioni.

- **DLG 299 - 1999** si tratta della Riforma Bindi, ovvero un'ulteriore riforma rispetto a quella del 92.
- **RIFORMA COSTITUZIONALE 2001** La Riforma Costituzionale tra le altre cose attribuisce la competenza in materia di salute alle regioni, cioè affida nel dettaglio la disciplina della salute alle regioni. A differenza del DLGS 502, questa riforma affida l'aspetto legislativo alle regioni, oltre che quello amministrativo; per esempio, le regioni si dotano di leggi che organizzano in maniera autonoma il proprio servizio.
- **DECRETO LEGGE 158 - 2012** Si tratta della Riforma Balduzzi che proponeva la riduzione della tendenza del nostro sistema ad essere ospedale-centrico, cioè concentrato esclusivamente sugli ospedali. Balduzzi voleva affidare queste prestazioni ad altri soggetti, come le Case della salute, ma in realtà la riforma restò inascoltata fino a due anni fa.
- **DECRETO MINISTERIALE 77 - 2022** è il decreto che introduce le cosiddette "Case della Comunità", quindi impone alle regioni una diversa organizzazione.

Concetto giuridico

Mentre il concetto tecnico di doping, ancor prima degli anni 80, era abbastanza chiaro, le definizioni di doping a livello giuridico erano piuttosto generiche. I vari stati avevano provato ad affrontare il problema che però era ancora avvertito molto come problema a livello sportivo, ma non come problema di salute pubblica, motivo per cui alle istituzioni statali tendenzialmente non interessava particolarmente. Quando si è visto che il problema era completamente esploso, soprattutto dopo il doping di stato e gli scandali degli anni 80, gli stati iniziarono a chiedersi quali possibili effetti poteva avere l'assunzione di sostanze. Le Istituzioni si accorsero che il doping aveva effetti deleteri e risvolti molto più ampi rispetto al solo sport e dunque al barare. Questo ha portato gli stati ad unirsi per studiare il fenomeno e trovare una sorta di sinergia che permettesse la lotta al doping, soprattutto dopo il sopracitato doping di stato dove era lo Stato stesso a programmare la somministrazione delle sostanze ai propri atleti con degli effetti subito evidenti. Quindi questo ha portato gli Stati a chiedersi cosa potessero fare per limitare il fenomeno, in un contesto in cui si intersecavano piani diversi: stato, politica, salute, lealtà sportiva. La vera Lotta al doping inizia con la **Convenzione europea contro il doping nello sport 1989 – Strasburgo**, una prima organizzazione dove un ente di Stati aveva deciso di prendere una posizione.

Successivamente questi stati hanno continuato a discutere dell'organizzazione del sistema e si arrivati così alla stipula di una convenzione internazionale in seno all'Unesco per la lotta contro il doping. à WADA 1999. Gli stati inerenti alla convenzione hanno deciso di creare un sistema unico per la lotta al doping, cioè si sono impegnati a finanziare degli enti che costruissero sistemi di controlli, di studi delle sostanze, di sanzioni, di laboratori di analisi e di normative, procedure e modi di controllo uguali per tutti. La Wada ha sede a Montreal e viene

finanziato da tutti gli Stati aderenti alla convenzione. È bene ricordare che questa agenzia non è un ente governativo, bensì un ente di diritto privato che ha la forma di una fondazione, cioè vengono destinati dei patrimoni da parte degli stati per costruire il sistema, ed è regolata dal diritto svizzero sul sistema privatistico svizzero. La Wada ha il compito di creare e redigere il codice mondiale antidoping e predisporre la lista delle sostanze (con il nome dei principi attivi) e dei metodi proibiti. In qualsiasi stato a livello sportivo vengono applicate le norme della Wada; in realtà alcuni stati hanno anche una normativa antidoping propria. Ad esempio, in Italia, esistono due normative, una della Wada che deve essere applicata tramite il CONI e un'altra rappresentata dalla **Legge 376 del 2000** che prende il nome di *Tutela sanitaria delle attività sportiva e lotta al Doping*. In Italia il sistema è più complesso rispetto a quello internazionale: da un lato c'è lo Stato con la Legge 376, dall'altro ci sono gli enti sovranazionali o nazionali appositamente dedicati che si occupano dall'aspetto sportivo. Lo sportivo, e quindi anche chi assume queste sostanze, si muove all'interno di due blocchi giuridici differenti e quindi i suoi comportamenti ha due riflessi: assumere una sostanza comporta una violazione ed una sanzione per l'ordinamento italiano ed una violazione e sanzione per l'ordinamento sportivo. Il sistema sportivo ha il principale obiettivo di tutelare la regolarità delle competizioni; lo stato italiano ha come obiettivo principale la tutela sanitaria nello sport. LOTTA AL DOPING

- STATO ITALIANO: si occupa direttamente della lotta attraverso la Legge 376 e l'articolazione del nucleo dei carabinieri; oltre ad un minimo compito residuale delle regioni.
- WADA – WORLD ATHLETICS (articolazione internazionale della federazione di atletica) – NADO (che dallo scorso anno è diventata indipendente dal CONI) – FEDERAZIONI

Fino allo scorso in Italia era presente un'anomalia: il CONI oltre ad essere il soggetto predisposto ad organizzare le squadre olimpica, era anche il soggetto che si doveva occupare di curare l'antidoping in Italia e questo ovviamente può creare dei problemi, come avvenuto in Russia, per esempio, ma anche in Italia stesso con il caso Conconi dove il Coni aveva commissionato a delle università lo studio di alcuni metodi di doping. Dallo scorso anno allora la NADO è diventata indipendente dal CONI. Le singole federazioni devono invece individuare quali sono le competizioni da controllare. Fanno una sorta di consulenza nel pianificare i controlli e determinano anche quali sono le gare che vanno controllate. **LEGGE 376 2000 DEFINIZIONE DI DOPING** Art. 1, comma 2: “ *la somministrazione o l'assunzione di farmaci o sostanze biologicamente o farmacologicamente attive* ” e “ *l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche ed idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti* ”. Art. 2, comma 1: *I farmaci, le sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e le pratiche mediche, il cui impiego è considerato doping a norma dell'articolo 1, sono ripartiti, anche nel rispetto delle disposizioni della Convenzione di Strasburgo, ratificata ai sensi della citata legge 29 novembre 1995, n. 522, e delle indicazioni del Comitato internazionale olimpico (CIO) e degli organismi internazionali preposti al settore*

sportivo, in classi di farmaci, di sostanze o di pratiche mediche approvate con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro per i beni e le attività culturali, su proposta della Sezione per la vigilanza ed il controllo sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive di cui all'articolo 3. La legge ci da una definizione descrittiva di DOPING e ci dice che la lista delle sostanze considerata biologicamente attive viene redatta dal ministero della Sanità che la aggiorna annualmente. Il ministero copia in modo identico la tabella redatta della Wada, quindi alla fine le sostanze sono le stesse, ma con alcune differenze, ad es. lo stato italiano, rispetto alla Wada, vieta i trattamenti iperbarici o ipobarici se non perseguono interesse sanitario. L'organismo, a livello italiano, che si occupa di fare studi, analisi, antidoping, ecc. è la **Sezione di Vigilanza e Controllo sul doping**, un ente iscritto presso il Ministero della Salute e di cui il ministero è titolare. Questa sezione è incaricata ogni anno di fare una relazione al parlamento e tutti gli aspetti che vanno fuori dalle competenze sportive sono comunque ben chiari. Negli ultimi anni è stato posto l'accento sul fatto che questa sezione debba promuovere campagne contro il doping, anche perché il problema ad oggi è molto spostato a livello infantile e i dati dicono che il 12% dei ragazzi sotto i 12 anni ha utilizzato un farmaco senza prescrizione medica o una sostanza dopante. Inoltre, la legge dice che i tesserati nel momento in cui si tesserano dichiarano di essere a conoscenza delle norme antidoping, ma la realtà dice che a nessuno viene mai presentata una formazione sul doping, questo perché a livello sociale c'è una cultura carente sugli effetti negativi. Le regioni, per la Legge 376, possono mettere in atto dei programmi di prevenzione e contrasto al doping all'interno del proprio territorio. Inoltre, finanziate dal Ministero, possono sviluppare progetti di ricerca e formazione ed informazione sul doping ad enti diversi dalla Sezione di Vigilanza.

SANZIONI PREVISTE DALL'ORDINAMENTO ITALIANO

FATTISPECIE DI REATO – 586 C.P

Nascono nella legge 376, ma ad oggi non si trovano più lì, ma sono all'interno del codice penale, nell'articolo 586 che ci descrive le condotte vietate all'interno dello Stato italiano.

- 1. chiunque procura ad altri, somministra o assume o favorisce comunque l'utilizzo di farmaci o sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, non giustificati da particolari condizioni psicofisiche o biologiche;*
- 2. chi adotta o si sottopone a pratiche mediche vietate, non giustificate da particolari condizioni psicofisiche o biologiche al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti ovvero idonei a modificare i risultati dei controlli sull'uso di tali farmaci o sostanze;*
- 3. chiunque commercia i farmaci e le sostanze biologicamente o farmacologicamente attive [...]*

ORGANI A LIVELLO SPORTIVO

- **Comitato controllo antidoping (CCA)**

- **Comitato esenzione e fine terapeutici (CEFT)** è possibile utilizzare dei farmaci o delle sostanze considerate dopanti in presenza di determinate condizioni: questo perché potrebbero essere necessarie per determinate patologie, per esempio l'utilizzo di sostanze sintetiche se si utilizzano per curarsi da una patologia cancerogena o utilizzo di sostanze per un eventuale attacco d'asma. La richiesta va fatta prima della competizione e bisogna indicare farmaco, principio attivo, dosi in mg, il perché non si è potuto utilizzare un altro farmaco. I farmaci prevedono il foglietto illustrativo che cita se sono presenti nella lista vietata; il problema maggiore è rappresentato dagli integratori che non hanno su scritto che sostanze contengono.
- **Procura nazionale antidoping (PNA)**
- **Tribunale nazionale antidoping (TNA)**
- **Corte d'appello antidoping (CAA)**
- **Comitato per la formazione**

LEZIONE 2. 18 - 10 - 2023

La sanità è la **seconda voce di spesa** nel bilancio dello Stato italiano ed è seconda solo alle pensioni. La previdenza in realtà non avrebbe dovuto rappresentare un aggravio per lo stato, poiché il sistema pensionistico si dovrebbe autofinanziare attraverso i contributi di quelli che lavorano, ma da anni ormai sono molti di più quelli in pensione rispetto ai lavoratori ed il trend dell'invecchiamento della popolazione non aiuta a contenere il problema. La spesa sulla Sanità è andata in continuo aumento e la proposta attuale del governo è un'aggiunta di 3 miliardi, ai 120 Mld dello scorso anno, per finanziare tale spesa. Buona parte dei 120 Mld sono stati "mangiati" dall'inflazione che ha ridotto il loro valore effettivo e contemporaneamente c'è stato un aumento considerevole dei costi energetici; quindi, il potere d'acquisto della sanità nazionale si è notevolmente ridotto. Di questi 3 Mld, il governo ha stabilito che oltre 1 miliardo debba essere destinato alla progressiva eliminazione delle cosiddette "**liste d'attesa**". Negli ultimi anni si è assistito ad un considerevole aumento dei decessi (uno scempenso maggiore anche rispetto agli anni del Covid) che non dipende però da un cattivo sistema sanitario nazionale, piuttosto dai rallentamenti, dai mancati screening e dal prolungamento delle liste d'attesa dovuti all'emergenza sanitaria legata al Covid.

L'inserimento dello Sport nella Costituzione è un modo per equiparare il diritto del cittadino alla fruizione delle attività motorie, ad altri diritti di cui i cittadini già godono come il diritto alla salute. Premessa: Tutte le norme della nostra costituzione rispettano il compromesso tra l'ala cattolica e l'ala marxista, nonché i due partiti con più voti alle elezioni del 1948. Infatti, l'articolo 2 è la massima espressione della grossa componente cattolica dell'Assemblea costituente, mentre l'articolo 3 è l'espressione della componente marxista (sinistra: socialismo-comunismo) dell'Assemblea costituente del '48. Tutta la costituzione si fonda sui compromessi tra cattolico e laico. **Art. 2. La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica,**

economica e sociale. È l'articolo che introduce il **principio della solidarietà**, quel principio che indica come lo stato si occupi delle istituzioni sociali che stanno intorno al singolo individuo. Inoltre, indica il rinvio alle formazioni sociali, cioè tutte quelle formazioni che facciamo rientrare nell'espressione "terzo settore" (dove sono presenti anche le associazioni sportive dilettantistiche che consentono l'esercizio dell'attività motoria). È il principio che quotidianamente viene ricordato da Papa Francesco, dato che la solidarietà è alla base della religione cattolica. Tutto il terzo settore era legato alla chiesa Cattolica.

Art. 3. *Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.* L'articolo 3 introduce il **principio di uguaglianza**. Il secondo comma dice espressamente che è compito della repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale e dunque garantire l'uguaglianza. L'inserimento dello sport nella costituzione aggiunge ai vari compiti della repubblica quello di garantire l'attività sportiva a tutti. Dire che è compito della repubblica significa attribuire un ruolo specifico alla repubblica, per cui è la repubblica che deve intervenire in prima persona. La costituzione del 1948 rende il nostro uno Stato Sociale che applica una politica **interventista**; mentre fino a quel momento lo Stato era Liberale, cioè non interveniva in prima persona ma attuava una politica **astensionista**. Il compito dello Stato Liberale è esclusivamente quello di garantire le libertà fondamentali del cittadino (es. USA); per garantire al 100% le libertà del cittadino bisognerebbe ridurre al minimo l'intervento dello stato poiché ad un maggior intervento dello stato corrisponde sempre una minor libertà del cittadino. Infatti, qualsiasi tentativo di passare da uno stato liberale ad uno stato sociale non è preso di buon grado dai cittadini del paese stesso (es. USA – Inghilterra). Lo status di Stato interventista indica che oltre a garantire le libertà fondamentali, bisogna garantire i bisogni del cittadino; bisogna garantire il cosiddetto "**welfare**", ovvero una risposta alle esigenze sociali del cittadino: uno stato che assicura assistenza sanitaria e sociale, che si preoccupa delle scuole e degli incentivi, ecc. Il welfare nasce con il **Rapporto Beveridge** del 1942 dove vengono delineate tutte le possibilità di interventi sociali a tutela del cittadino, tra cui l'assistenza sanitaria. È il rapporto che rappresenta l'avvio del sistema sanitario inglese e si tratta di una politica introdotta da un governo conservatore e da uno dei massimi economisti liberali del tempo. Al rapporto Beveridge seguirà nel 1945 l'istituzione dell' **Health Service**, il servizio sanitario inglese.

LEGGE 883 1978 – ISTITUZIONE DEL SSN Il diritto alla tutela della salute entra nella Costituzione italiana il 1° GEN 1948, ma trova attuazione nello stato con la **Legge 883 del 1978**, con trent'anni di ritardo. La legge 883 istituisce il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** importando di fatto l'Health Service della Gran Bretagna. I problemi di politicizzazione (ma non solo) porta poi il parlamento a riformare un nuovo servizio sanitario nazionale che viene istituito in modo effettivo con il **Decreto 502 del 1992** ed è il servizio ancora oggi in vigore, con qualche minima modifica negli ultimi anni. Questo servizio si trova oggi di fronte

all'indispensabile svolta indicata dal **PNRR** (con scadenza 30 giugno 2026) con il quale dovrebbe istituirsi il **servizio sanitario territoriale** con delle modifiche che andranno ad incidere anche sulla tutela alla garanzia della persona. Ad oggi in Italia ci sono due canali paralleli che gestiscono la sanità pubblica, il canale cattolico e quello laico, ai quali si associano strutture pubbliche e private. Il Testo unico delle leggi sanitarie del 1935, in epoca fascista, prevedeva l'apertura di strutture private dopo autorizzazione sanitaria rilasciata dal questore che, allora come oggi, è quell'organo periferico del ministro degli interni che deve sovrintendere all'ordine pubblico; infatti, la sanità fino al 1977 viene considerata materia di sicurezza pubblica e dunque sotto vigilanza del ministero degli interni e del questore. Con la **Riforma del '77** il sistema autorizzativo passerà dal ministero alle regioni e da queste delegata ai **comuni**. Con l'avvio della costituzione nel 48 comincia a svilupparsi un sistema di sanità pubblica che non è strettamente legato all'articolo 32 (che introduce la tutela alla salute) ma bensì trova la sua legittimazione nell'articolo 38, dedicato alla tutela dei lavoratori, e prevede che ai lavoratori debbano essere garantiti interventi in caso di malattia. In quegli anni nascono le casse mutue, dei soggetti

LEZIONE 3. 25 - 10 - 2023

Alla fine del 1978 il legislatore, riprendendo l'Health Service della Gran Bretagna (1946 - 1948), a distanza di 30 anni, per via di una mancata volontà politica, istituisce il Servizio Sanitario Nazionale. La legge 883 del '78 l'articolo 1 riproduce interamente l'articolo 32 della Costituzione, dando così concreta attuazione dell'art. 32 della costituzione basato sulla Tutela alla salute. La legge 883 ha un'ulteriore valenza, riconosciuta ancora oggi nonostante le modifiche nel tempo, cioè quella di dare attuazione all'articolo 117 della costituzione che pone i principi di carattere generale della materia del '48 cioè **assistenza sanitaria e ospedaliera**. Oggi le regioni hanno una responsabilità molto più ampia di Tutela alla salute, ma non più di assistenza sanitaria e ospedaliera. Il problema che si pone oggi è dove trovare i principi di carattere generale sulla Tutela della salute, perché la Legge 883 si basava sui principi generali sull'assistenza ospedaliera, ma nel tempo non è stata integrata con una legge di principio che avesse la medesima forza della 883 ma sul tema più ampio della tutela alla salute. Quindi, il legislatore regionale non ha un chiaro riferimento, non c'è una legge chiara di principio sulla materia (es. di mancato principio sulla materia durante il covid, quando il governo adottava i decreti del consiglio dei ministri, le regioni, proprio per mancanza di principio in materia, hanno continuato ad adottare normative di carattere particolare andando in conflitto con il governo, fino a quando la Corte costituzionale ha attribuito la profilassi internazionale come materia di competenza esclusiva dello stato, con divieto alle regioni di legiferare).

PRINCIPI DI CARATTERE GENERALE

I. Principio della globalità II. Principio dell'uguaglianza III. Principio dell'uniformità

Principio di globalità

Il principio di carattere generale è quello che ci fa dire che il nostro SSN è un **servizio universalistico** cioè ha valenza nei confronti di chiunque. La differenza tra prima e dopo la Legge '78 è che prima l'assistenza sanitaria veniva garantita solo ai lavoratori, dal '78 l'assistenza sanitaria viene garantita a tutti i cittadini italiani. In realtà, prevedere la garanzia nei confronti di tutti i cittadini italiani, significa che la medesima garanzia è estesa a tutti i cittadini dell'UE. Successivamente, con la **Legge Martelli 1990**, tale garanzia viene estesa anche a tutti gli extra-comunitari. A questo punto qual è il tema che non viene disciplinato? È il tema degli extra-comunitari privi del permesso di soggiorno, in posizione irregolare. Questo problema è molto rilevante e nel momento in cui si viene a conoscenza di un soggetto senza permesso di soggiorno bisognerebbe comunicare immediatamente le autorità, altrimenti si commette reato di omissione di atti di ufficio. Il problema è che l'esercente della tutela sanitaria ha l'obbligo di prestare soccorso a chiunque lo chieda senza dover accertarsi della provenienza del soggetto, altrimenti si commette reato di omissione di soccorso. Dunque, ad oggi **tutti coloro che si trovano sul territorio nazionale godono dell'assistenza sanitaria**. Una delle norme che si vorrebbe introdurre, per esempio, è una tassa di 2000 €/anno per i soggetti senza permesso di soggiorno che usufruiscono del servizio sanitario. La questione è estremamente delicata ed evidenzia la grande differenza che, ancora oggi, c'è tra i paesi del nord Europa e i paesi del sud Europa. I paesi del Sud, come l'Italia o la Spagna, hanno un influsso notevole della religione cattolica, per cui vi è una serie di interventi che agiscono secondo il principio della solidarietà (che in un certo senso ci fanno chiudere di un occhio) che ci impone di accogliere e non emarginare. I paesi del Nord Europa, soprattutto i protestanti, i luterani, ecc., si basano sul concetto di meritocrazia, cioè partono dal presupposto che il cittadino deve meritare la prestazione, qualunque essa sia. (es. La Germania concede l'assistenza a chi ha un posto di lavoro nel paese; mentre in Olanda il concetto di meritocrazia è estremizzato, per cui se si va in Ospedale dopo aver fumato due pacchetti di sigarette al giorno non viene concessa l'assistenza a priori). Dunque, le problematiche fra i paesi sono anche di tipo religioso, morale, oltre che economico.

Il nostro servizio ancora oggi è un servizio universalistico. A chiunque si trovi sul territorio nazionale cosa viene garantito? La legge 883 riferisce che bisogna garantire qualsiasi prestazione sanitaria (principio della Globalità), cosa che non avviene in nessuna parte del Mondo. Il principio della globalità determina però, già alla fine 1979, un decollo incontrollato della Spesa sanitaria, tant'è che si è assistito ad un approvvigionamento di farmaci (gratuiti) incredibile. Lo stato allora si trova costretto, già nel 1980, a introdurre una serie di provvedimenti per limitare la spesa sanitaria e fra i primi ad essere introdotti c'è il ticket, in vigore anche oggi, che in un certo senso rappresenta una richiesta del consumatore di partecipare alla spesa sanitaria. L'introduzione del ticket abbatte al 50% il ricorso a quel farmaco, cioè chi prima prendeva quel farmaco perché gratuito, adesso evita perché costretto a comperarlo. Proprio per le problematiche di spesa, i ticket sono andati aumentando negli per cercare di far chiudere il bilancio quantomeno in pareggio. Il risultato di questi ultimi anni ci dice che il 34% della popolazione rinuncia alle cure; tuttavia, questo risulta un enorme problema perché rinunciare alle cure non significa spendere di meno, ma

aumentare di gran lunga la spesa sanitaria nel momento in cui le condizioni del paziente diventano gravi. Inoltre, un altro importante fattore di aumento spese è il turismo sanitario: dei soggetti che ti portano a fare delle cure in paesi diversi (Romania, Turchia, ecc.) dove si spende di meno ma si corrono dei rischi enormi e quando il soggetto torna in Italia in situazioni disastrose allora poi il SSN si trova a dover affrontare spese aumentate. Infine, un ulteriore problema è che attraverso il ticket spesso le spese del pubblico sono maggiori del servizio di assistenza nel privato, per cui molte persone si affidano direttamente ai privati.

Problema economico del SSN:

- Rinuncia alle cure
- Turismo
- Graduale spostamento dell'utenza dal settore pubblico al settore privato Nell'ultima proposta di Legge da parte del Governo c'è un incremento di 3 Mld rispetto ai 120 dello scorso anno: 1 Mld e mezzo devono essere destinati ai soggetti privati per eliminare le liste di attesa che provocano sempre di più aumento dei decessi. Alla luce di quando detto finora, è chiaro che il primo principio, quello della globalità è un principio utopistico e di difficile realizzazione.

Principio di uguaglianza

Anche in questo caso la previsione si è rivelata utopistica e l'esempio principale è sempre quello delle liste d'attesa. Il cittadino che ha ampie disponibilità usufruisce prima delle cure; soprattutto perché l'esercente della professione sanitaria può svolgere **l'intramoenia** cioè l'attività di libero professionista all'interno dell'azienda ospedaliera o USL dove lavora, o **l'extramoenia** cioè l'attività di libero professionista al di fuori della struttura in cui si lavora. Anche il principio di uguaglianza è rimasto solo sulla carta, ma non si è mai riusciti a darne attuazione.

Principio di uniformità

Secondo il legislatore la prestazione sanitaria doveva essere uniforme su tutto il territorio nazionale. Questo principio è ancor più utopistico rispetto agli altri perché nel nostro paese non è mai stato così e difficilmente lo sarà. Nel '78 abbiamo la sanità nazionale è così suddivisa:

- Nord 80% di prestazione sanitaria erogata da strutture pubbliche e 20% erogata da strutture private;
- Centro 50% erogata da strutture pubbliche e 50% da strutture private;
- Sud 70% prestazione sanitaria erogata da strutture private e 30% erogata da strutture pubbliche. La situazione del '78 è identica ad oggi, non si è mossa di un millimetro.

Patrimonio

Gli enti ospedalieri istituiti nel '78 con la **Legge Mariotti** vengono sciolti e il patrimonio degli enti ospedalieri diventano patrimonio degli enti comunali utilizzabile esclusivamente in materia di sanità. Un principio introdotto dall'883 e ancora pienamente in vigore è la **libera scelta del medico o luogo di cura**. Questo è il principio in base al quale si realizza il cosiddetto turismo medico e la migrazione sanitaria. Alla fine degli anni 2000 l'UE ha adottato poi una normativa secondo cui un cittadino può usufruire del servizio sanitario in tutti i paesi dell'UE, tenendo conto che deve essere sempre l'unità locale ad autorizzare le cure presso una struttura fuori dal territorio nazionale. La disciplina della Legge 883 del '78 crea moltissimi problemi nella realizzazione del Servizio di Tutela alla salute, problemi di carattere organizzativo, economico e di gestione, cioè tutto quello che porta a favorire interventi più di carattere politico che non legati alla cura del cittadino. Questo porterà necessariamente il legislatore ad intraprendere un percorso di riforma della legge 883 del 78. Tale riforma si avvia con l'approvazione del **DL 502 1992**, che in realtà in molte parti è stato dichiarato illegittimo dalla Corte Costituzionale, modificate poi dal **Decreto 517 del 1993**. Questo è il decreto che ancora oggi disciplina il SSN, con delle piccole modifiche negli ultimi anni, ma mantenendo sempre lo stesso assetto. Il 1992 è un momento storico particolarmente delicato e rilevante sia in ambito nazionale che internazionale. Dall'89 al '92 abbiamo una trasformazione straordinaria dell'ordinamento giuridico italiano dovuto in primis alla caduta del muro di Berlino, viene meno la guerra fredda ed il legame diretto dell'Usa con la parte occidentale d'Europa e viene meno il legame tra l'impero sovietico e la parte orientale dell'Europa. Successivamente l'impero sovietico cade e tutti i paesi dell'Europa del nord acquistano la loro piena indipendenza. Questo comporta anche un rapporto diverso nelle componenti politiche perché vengono meno i finanziamenti e nasce l'era di tangentopoli, dove si arriva ad avere due terzi del parlamento sotto inchiesta il che porterà poi alla scomparsa della maggior parte dei partiti politici che dal 48 avevano governato l'Italia. Al loro posto si creano due nuovi raggruppamenti politici: "*Ulivo*" che si crea attorno a Romano Prodi e contestualmente nasce il cosiddetto "*Patto delle libertà*" guidato da Silvio Berlusconi, nei quali convergono i partiti sciolti (partito della democrazia cristiana, partito socialista, comunista, liberale, repubblicano e così via) che si dividono a metà tra i due nuovi raggruppamenti quali i due raggruppamenti che si vanno a creare hanno componente laica e cattolica che vanno a coesistere. La componente cattolica ha mantenuto sempre un predominio nel raggruppamento di destra, mentre nel raggruppamento di sinistra tale predominio non c'è. La svolta maggiore del 1992 è rappresentata dalla firma del **Trattato di Maastricht** che rivoluzionerà l'amministrazione, il sistema dei servizi pubblici e che porterà gradualmente alla formazione dell'UE. Fino a quel momento c'erano tre organizzazioni europee: Comunità economica europea (CEE) - Comunità economica carbone-acciaio (CECA) - Fondo europeo per l'energia atomica (EUROTOM); queste tre si scioglieranno nel 1992 per dare vita all'UE, che passerà da 5 a 15 paesi, fino ai 27 attuali. Con Maastricht si avvia il processo dell'Unione monetaria che porterà alla creazione dell'euro (non adottata da tutti i paesi). Soprattutto quello che cambia con il Trattato è il **concetto di servizio pubblico**: la pubblicità del servizio non dipende dal soggetto che eroga il servizio ma dipende dalla finalità del servizio e se il fine è collettivo il servizio è pubblico. Si avvia così, anche all'interno dell'Italia, un processo di

privatizzazioni dove vengono vendute le società pubbliche ai privati (il 51% dell'azienda diventa di proprietà privata). La privatizzazione nella sanità la riforma sostanziale è quella che porterà all'aziendalizzazione: ogni ASL si deve dotare di un atto aziendale di natura privata. Le nuove ASL si sostituiscono alle USL, diminuendo molto di numero, e l'aziendalizzazione è il risultato dell'applicazione del Trattato che porterà poi nel '96 al concetto di esternalizzazioni, cioè il legislatore si renderà conto che ci sono servizi che vengono esercitati dal pubblico ma che possono essere esercitati tranquillamente dai privati (lavanderia, cucina, ecc.).

LEZIONE 4. 8- 11 - 23

DECRETO LEGGE 502 1992 è modificato dal 5 17 ' Il tema fondamentale del 92 è la firma del trattato di Maastricht e tutti gli interventi normativi che seguiranno troveranno una matrice nel trattato stesso. Con la firma del trattato nel 92 si verificano **Aziendalizzazione ed avvio della privatizzazione** : Maastricht porta verso una privatizzazione nell'organizzazione della pubblica amministrazione, cioè, secondo i principi sottoscritti nel trattato del 1992, bisogna evitare che l'ordinamento statale dia un qualche privilegio al soggetto pubblico a discapito dei privati provocando così un'alterazione del principio di concorrenza e del rapporto concorrenziale. **Parentesi storica Anni 50' - 70'** Nel periodo post-costituzionale l'Italia si trova negli anni di ricostruzione del Paese, dedicati alla ripresa economica, alla lotta contro l'analfabetismo e che devono portare ad una graduale evoluzione del Paese alla pari degli altri stati europei interessati. Il Contesto è quello del cosiddetto Boom economico dovuto al Piano Marshall varato dagli Stati Uniti e che prevede significativi finanziamenti ed aiuti nei confronti di tutti i paesi europei interessati per sviluppare la loro economia. Anche in questo caso i soldi dati dagli Stati Uniti non erano "a vuoto", ma erano dovuti al perseguimento dei propri interessi, tra i quali la creazione della NATO, l'alleanza atlantica necessaria per via del pericolo portato dall'Unione Sovietica che spende sempre di più per gli armamenti atomici e del comunismo. In Italia, per esempio, gli USA dislocano su tutto il territorio nazionale le più evolute forme di difesa, dalle Isole fino al Nord. Questi sono gli anni in cui, attraverso questo finanziamento, vengono finanziate istituzioni, per esempio la Spisa a Bologna per formare chi andrà a lavorare nella pubblica amministrazione o la John Hopkins che ha compito di formare la diplomazia italiana, cioè i pubblici funzionari che lavorano all'estero. (Tutte queste associazioni hanno in realtà la funzione anche di spionaggio). Inoltre, sono gli anni in cui si costruiscono le autostrade (la prima in assoluto fu l'A1 Milano-Roma) e la Fiat costruisce le prime 500. Sono gli anni che portano ad una ripresa del paese, con le trasmissioni televisive sulla Rai che abbattano l'analfabetismo. Questo periodo di progresso vedrà una drastica riduzione quando, all'inizio degli anni 70', i paesi arabi produttori di petrolio decidono di mettersi d'accordo e creare il cosiddetto cartello. Nasce così l'organizzazione dei paesi arabi per il petrolio (OPEC) che ha il compito di definire il prezzo del petrolio che aumenta così da 40 ad 80 \$ al barile. L'aumento così improvviso e drastico del prezzo del petrolio determina automaticamente l'avvio di una pesante crisi economica, perché aumentando il costo delle materie prime, aumentò di conseguenza anche il prezzo dei prodotti finiti. La crisi economica a metà degli anni 70' porta all'esplosione dell'intervento di organizzazioni terroristiche; infatti, sono gli anni in cui appaiono le Brigate rosse che diventano sempre più pericolose nel

momento in cui lo Stato dà vita al primo governo di centro sinistra (grazie all'accordo Moro-Nenni) che porterà all'organizzazione dell'energia nel Paese. La risposta alla nascita del centro-sinistra da parte delle Brigate rosse fu il rapimento e il successivo omicidio di Aldo Moro. A questo punto dagli inizi degli anni 80' abbiamo una **totale pubblicizzazione**, cioè lo Stato comincia ad entrare in tutto, le maggiori aziende passano sotto il controllo dello Stato (es. Algida – Motta – case automobilistiche – chimica – settore comunicazioni – banche ed istituti di credito - ecc.). Lo stato è presente a 360° e tutte queste società diventano società di 3 grandi enti pubblici che vengono creati appositamente = IRI – EFIN – ENI, di cui il primo più importante. Nel momento in cui le aziende passano dal privato al pubblico si determina il **maggiore deficit pubblico** (ancora oggi il maggiore in Europa), che si crea perché lo stato tiene in piedi delle fabbriche praticamente già in fase di fallimento, pur di garantire il livello occupazionale. Questo periodo finisce con la **caduta del muro di Berlino del 1989** che segna la fine della Guerra Fredda, lo scioglimento dell'Unione sovietica e dei partiti in Italia, fino ad arrivare al Trattato di Maastricht che segna in primis proprio la chiusura di IRI – EFIN – ENI e tutte le Aziende di proprietà di questi enti vengono messe sul mercato, se c'è un acquirente le compra altrimenti si vendono. In questo contesto, nel 92, nascono le politiche di privatizzazione, necessaria e finalizzata a garantire quei livelli di concorrenza su cui si basa l'economia dell'UE.

Perché non si può togliere questo potere di scelta del direttore generale al presidente della regione? Il presidente della regione è l' **unico responsabile della sanità** nella regione, per cui se accade qualcosa nel sistema sanitario regionale la colpa è esclusivamente del presidente. Le scelte, anche quelle più difficili, vengono fatte esclusivamente dal presidente della regione ed è lui che risponde a livello politico di quelle scelte. Non si può modificare una disciplina, togliendo la scelta discrezionale al presidente della regione perché altrimenti dovremmo spostare i livelli di responsabilità. Sarebbe come tornare alla 883 del 78', ma dal 92 con il trattato di Maastricht ciò non è più possibile perché si esprime chiaramente che i servizi pubblici devono essere gestiti secondo i criteri di efficienza e di efficacia, cioè devono rispondere a determinate regole che garantiscono il miglior servizio al cittadino con la minore spesa e quindi una responsabile discrezionalità nell'utilizzo delle risorse pubbliche. Per individuare i livelli di maggiore efficacia ed efficienza Maastricht introduce con l'**articolo 86** un principio di carattere generale estremamente importante anche oggi, cioè il **principio di sussidiarietà** secondo cui i bisogni del cittadino devono essere ricoperti dall'ente più vicino al cittadino stesso e laddove l'ente non può farlo, interviene l'ente superiore. Il trattato di Maastricht introduce questo principio secondo due livelli:

- sussidiarietà verticale
- sussidiarietà orizzontale Questo principio viene portato dall'allora presidente della commissione europea Jacques Delors, un politico francese, che per oltre venti anni era stato presidente della parte cattolica dello stato. Tutta la regione cattolica si basa sul principio di sussidiarietà, che ha una dipendenza diretta con il **principio di solidarietà**. Papa Benedetto XVI: “ *Non esiste sussidiarietà senza solidarietà, e*

viceversa ". La sussidiarietà viene introdotta nella Costituzione italiana con la **Riforma del 2001** e precisamente con l'**articolo 118** che prevede al primo comma quella verticale e all'ultimo comma quella orizzontale. Cosa significa sussidiarietà verticale? La costituzione al comma 1 ci dice che le funzioni amministrative sono attribuite ai comuni (ente più vicino al cittadino), ma secondo i principi di sussidiarietà, adeguatezza, queste funzioni possono essere attribuite a Province, Regioni, Stato. In sostanza bisogna individuare il livello che garantisca l'efficacia e l'efficienza del servizio, così come enunciato nel trattato di Maastricht. Tornando poi alla sanità, negli anni successivi si sviluppa il cosiddetto **sistema delle esternalizzazioni**, cioè servizi che fino a quel momento erano gestiti all'interno della struttura e che vengono poi appaltati all'esterno della struttura: ad esempio i servizi di mensa o pulizia. Il direttore generale doveva valutare se era più efficace ed efficiente un sistema con sistema all'interno dell'ospedale da mantenere o un contratto stipulato con un catering che ad un orario preciso ogni giorno porta quei determinati pasti; la stessa cosa per la biancheria. Maastricht ci dice che bisogna gestire le risorse a disposizione nella maniera più efficace ed efficiente per il cittadino, così da risparmiare il più possibile e dare i maggiori servizi al cittadino. Questo processo si avvia nel '96 e il legislatore chiama questi settori come settori ausiliari alla sanità, escludendo così che le esternalizzazioni possano estendersi a delle vere e proprie attività sanitarie. Anche questo è un punto di estrema attualità: per esempio, attualmente per via della mancanza di infermieri il pronto soccorso sono in sofferenza; la Lombardia per tenere aperti questi pronto soccorso ha fatto un contratto con delle cooperative private di medici ed infermieri che garantiscano la presenza in quelle determinate fasce orarie, in un certo senso andando ad esternalizzare quel servizio è infatti, si sta tornando verso la privatizzazione del servizio sanitario nazionale, perché più si sviluppano queste modalità di erogazione di prestazione e più si viene meno al ruolo di un'azienda sanitaria che è quello di erogazione della prestazione sanitaria secondo i canoni di adeguatezza ed efficienza del servizio.

Altri aspetti riforma 92

L'azienda USL nasce, secondo il legislatore, per garantire le prestazioni sanitarie elencate nei LEA (livelli essenziali di assistenza) al cittadino. Questo significa che non c'è un obbligo di erogare le prestazioni sanitarie, bensì di garantire le prestazioni sanitarie, che potranno essere erogate attraverso i presidi dell'azienda, gli ospedali militari, le cliniche universitarie (aziende ospedaliere università-regione), le strutture sanitarie private. La sanità è sempre un servizio pubblico, che poi venga erogata da strutture pubbliche o da strutture private non cambia la natura del servizio che resta un servizio pubblico, così come enunciato da Maastricht. Già da tempo era presente un contesto pubblico-privato: la Legge ospedaliera del 1968 che dava vita agli enti ospedalieri dichiarava che tali enti potevano convenzionarsi a strutture private per garantire quelle prestazioni che le strutture pubbliche non erano in grado di garantire. Questo regime, che va avanti anche con la 833 del '78, viene poi superato con la Legge 502 del '92 che si occupa di abolire le convenzioni e al loro posto il legislatore introduce l'**Istituto**

dell'accreditamento : la struttura privata che intende erogare prestazioni per conto del SSN deve essere accreditata, cioè deve possedere determinati requisiti. L'accreditamento rappresenta la **“seconda A”**, cioè un secondo requisito fondamentale, ma un operatore privato che voglia erogare prestazioni sanitarie deve essere in possesso della **“prima A”** cioè deve chiedere l'autorizzazione al comune che rilascia tale autorizzazione sulla base della conformità ai regolamenti edilizi e di igiene del comune stesso (es. tot. numero di ambienti – servizi igienici sufficienti – ecc.). L'accreditamento si ottiene facendo domanda alla regione che di conseguenza verifica la presenza di due presupposti fondamentali:

1. la struttura deve possedere i requisiti fondamentali di ordine qualitativo legati al determinato settore medico di interesse che consentono alla regione di accertare che certe prestazioni vengano erogate senza rischio per il cittadino; per esempio, la presenza di determinate attrezzature, medici di quel settore, infermieri di quel settore;
2. la struttura privata deve dichiarare di accettare il sistema tariffario della regione di appartenenza. Questo significa che la regione deve disciplinare tutte le prestazioni erogate dalla struttura e che ad ognuna di queste prestazioni venga addebitato un costo. La tariffa viene determinata attraverso il cosiddetto **DRG** (modello derivante dagli Usa) con il quale si arriva a sommare le componenti di una prestazione sanitaria ognuna delle quali presenta un proprio valore: componente medico – anestesista – infermiere – pulizia – mensa
 - o biancheria – ecc.; sono tutte le componenti che insieme formano il costo finale. In questo modo la regione, nel momento in cui attribuisce al privato la possibilità di erogare prestazioni per conto del servizio sanitario, sa già a quale spesa va incontro. Con la riforma Bindi del '99 verrà introdotta poi la **“terza A”** che pone in essere la stipulazione di un accordo tra azienda sanitaria e struttura privata così da scrivere nero su bianco i costi e tutelare la regione da extracosti a fine anno che non erano previsti. La regione sa già in partenza quanto andrà a spendere in un determinato anno e questo fattore è importantissimo, perché la giurisprudenza del Consiglio di Stato ancora oggi ha ribadito che la struttura privata ha diritto di pretendere dalla regione il pagamento delle sole prestazioni previste dall'accordo: ciò significa la regione è obbligata a pagare solo ciò che è presente nell'accordo. Quindi se a fine anno se una struttura ha installato 40 bypass, ma nell'accordo era prevista una spesa per 30, la spesa per 10 di questi dovrà essere sostenuta solo dalla struttura. L'unica deroga ammissibile è legata all'urgenza della prestazione: cioè se un soggetto ha urgenza e le strutture pubbliche, per esempio, non hanno posti o comunque non sono in grado di erogare assistenza, allora alla struttura privata che lo prende la regione riconosce il compenso. In Lombardia, ancora adesso, è presente un sistema diverso dove è il cittadino che sceglie dove andare a curarsi. Questo fa sì che l'accordo tra struttura e regione non sussista, perché se sono 100 i cittadini che decidono di andare a curarsi per quella struttura, questa potrà chiedere tutti i

compensi e la regione deve riconoscerli. Questo è un sistema più garantista perché è in grado di sviluppare una reale concorrenza tra la struttura privata e la struttura pubblica, creando un deficit tra le due che denota un miglioramento dell'una rispetto all'altra.

LEZIONE 5. 22- 11 - 2023

RIFORMA COSTITUZIONALE DEL 2001 Il decreto 52 del '92, con le ulteriori successive modifiche, è quello che oggi disciplina il nostro sistema di assistenza sanitaria, dal punto di vista dell'organizzazione, del finanziamento, dei rapporti con il privato, con l'università e con le strutture che fanno parte del SSN. Dal '95 in poi il parlamento si prende l'impegno di trovare una soluzione ad un problema che si portava avanti da tanto tempo, cioè da quando erano nate le regioni, ovvero il rimpallo di attribuzioni di funzioni, dallo Stato alle Regioni da lì ai comuni, alle province ecc., uno sbalottamento di funzioni tra i vari enti territoriali preposti allo svolgimento di queste funzioni. Questo rimbalzo di competenze porta ad una duplicazione degli interventi, ad una conflittualità tra gli enti territoriali e al fenomeno sempre più diffuso della deresponsabilizzazione. Per ovviare a questi problemi matura allora l'esigenza di una razionalizzazione del sistema di attribuzione delle funzioni e dal '96 si arriverà alla conclusione di questo percorso con l'approvazione **legge di riforma costituzionale del 2001**, che riforma **il titolo V parte seconda della Costituzione**, cioè riformerà gli articoli 116 - 117 - 118 - 119 della Costituzione. Nella metà degli anni 90 si sviluppa contestualmente un processo europeo di rivendicazione di autonomie, nazionalismi e recupero di identità perse, che si diffonde velocemente. Il fenomeno viene cavalcato anche in Italia, nasce per esempio la Lega di Bossi e allora il parlamento deve ascoltare queste nuove tendenze e si adegua così a questo processo attraverso la **Legge Riforma Bassanini presentata nel 97 e approvata nel 98**. La legge Bassanini cerca di dare una soluzione che sostanzialmente è tutto l'inverso della posizione dell'Assemblea costituente del '48. La costituzione del 1948 era una Costituzione che attribuiva la funzione legislativa, cioè di dettare le regole, al parlamento e allo stato; tuttavia questa funzione viene limitata nelle eccezioni che l'assemblea aveva introdotto, come se fosse già stato intuito che questa funzione preminente del parlamento nell'individuazione delle regole andasse poi progressivamente attenuandosi perché da un lato c'era l'esigenza di decentramento andando a dare alle regioni funzioni più ampie, e dall'altro, in questa ottica di limitazione del potere rientra anche in parte **l'ART.11** della Costituzione contro la guerra "*L'Italia ripudia la Guerra ... consente alle limitazioni della sovranità*", già la stessa Assemblea intuiva la necessità di limitare la sovranità dello Stato. L'art. 11 è l'articolo che consentirà al paese di entrare nella società delle nazioni, oggi ONU e successivamente nella NATO. E da lì deriverà la partecipazione all'UE, che oggi detta la disciplina in molte materie quali per esempio la programmazione economica. Alla fine degli anni 90 quindi l'Italia deve razionalizzare le funzioni per adeguarsi al contesto normativo nel quale si stava inserendo. La Legge Bassanini viene considerata la riforma in senso federalista a costituzione invariata, cioè una legge ordinaria che non modifica la costituzione, a differenza della Legge 2001 riforma del titolo V che prenderà la Bassanini e la formalizzerà. La legge Bassanini non si occupa di quello che

deve essere dato allo Stato, alle province o alle regioni, piuttosto si concentra sulle decisioni da prendere: la prima decisione è quella di delineare chiaramente con un elenco rigido di tutte quelle **funzioni che devono restare in mano allo Stato in modo esclusivo** con assoluto rispetto dell' **art.5 della costituzione** : *La costituzione è una e indivisibile*. Con la legge Bassanini non c'è dubbio che una materia come la giustizia resti esclusiva dello Stato, a differenza per esempio degli Stati Uniti dove viene disciplinata da ogni stato membro. Allora, quello che diventerà il nuovo **art. 117 della costituzione** elenca dunque tutte le materie nelle quali può intervenire esclusivamente e legislativamente solo lo stato. Successivamente, una volta deciso quello che spetta allo Stato, con il secondo comma dell'art. 117, la Bassanini applica una **competenza legislativa concorrente** alle regioni, che seppur contenuta aveva un'autonomia enorme rispetto al passato. Da questo momento la prevenzione e l'igiene sono materie che passano in mano alle regioni. Un'altra cosa importantissima della Bassanini è che mentre la costituzione del '48 nell'istituire le regioni aveva deciso di dare una competenza legislativa esclusiva solo alle regioni a statuto speciale per le materie previste nel loro statuti (le altre regioni ordinarie avevano solo la competenza

concorrente), la riforma attribuisce anche alle regioni a statuto ordinario competenze di tipo esclusivo; il ragionamento che portò a questa decisione fu piuttosto semplice: se la materia non era di tipo esclusivo dello stato e non era di tipo concorrente delle regioni, per esclusione tutto ciò che non ricade in questi gruppi diventa competenza esclusiva delle regioni. In questo modo anche alle regioni ordinarie viene attribuita la possibilità di competenza esclusiva in materia che prima era solo delle regioni speciali. Avere competenze esclusiva piena, come quella che richiedono oggi alcune regioni come l'ER, significa poter disciplinare la materia all'interno della regione in modo completo, a proprio piacimento e secondo le esigenze e le disponibilità finanziarie, nei limiti chiaramente delle regole dello stato e dell'UE. Per venire incontro alle regioni la Bassanini introduce e asseconda questo processo autonomistico che si stava sviluppando un po' in tutta Europa. Questo processo si concluderà nel 2001 con il consolidamento di questa politica e la riforma normativa costituzionale che segue queste esigenze. Questo vento autonomistico si esaurisce nel giro di pochissimi anni: dal 2005 fino al 2008 scoppia la **seconda grandissima crisi mondiale**. L'Italia entra in crisi economica e dal Governo si dimette Berlusconi segnando il momento in cui muta il quadro politico italiano; Napolitano si inventa la soluzione Mario Monti dandogli l'incarico di formare il nuovo governo con l'obiettivo principale di ridare affidabilità al Paese. La significatività di questo periodo storico è che mentre fino a quel momento c'era la spinta per il decentramento dei poteri, da quando con la crisi si adotta la scelta Monti, si inverte tutto: è tutto accentrato e controllato dallo Stato, in modo tale da controllare tutte le spese possibili a **accentramento delle funzioni** e maggiore presenza dello Stato nella disciplina di tutte le materie, a cominciare dalla tutela della Salute. Questo Governo consentì, in diversi anni, di superare la crisi economica. Questo percorso che si esaurisce nel 2001 cerca di favorire una maggiore autonomia come contenuto delle materie stesse. Negli stessi anni ci sono altri due interventi normativi molto importanti, adottati nel 1999 prima dell'avvio della riforma costituzione, i DGL 229 e 517 del Ministro Bindi. **DLG 229 '99 Decreto Bindi** Il ministro della sanità Bindi

modificò lo stato giuridico del personale sanitario. Fino a quel momento all'interno della struttura ospedaliera c'erano primario, assistente e aiuto primario, la Bindi abolisce queste tre figure e le sostituisce con il **dirigente di primo livello** e il **dirigente di secondo livello**. Oggi all'interno delle aziende sanitarie, ai dirigenti di primo livello (gli assistenti e aiuti di una volta) si dà la possibilità, a chi lo chiede, di prendersi la responsabilità di una cosiddetta struttura semplice, **chiamate modulo**, mentre i dirigenti di secondo livello (prima primari) possono chiedere di avere la responsabilità di una struttura complessa, cioè le **Unità operativa**. Quindi oggi ci sono il dirigente dell'unità operativa, il vecchio primario di quel reparto, o il dirigente di un modulo, che una volta era l'aiuto del primario. Questa responsabilità però viene data se c'è esclusività del rapporto di lavoro, cioè bisogna scegliere la libera professione intramuraria; quindi, chi vuole questa responsabilità s'impegna a lavorare solo in quella struttura. Questo ha scontentato migliaia di medici, quindi realmente questa esclusività non si è mai realizzata, per due motivi: primo perché per fare svolgere l'attività libero-professionale all'interno dell'azienda, le aziende devono predisporre locali, personale, igiene, camera di degenza, reparti di terapia intensiva, ecc. e molte aziende non potevano e non possono ancora oggi permettersi questo. Questo ha portato il legislatore a costituire la cosiddetta **intramania allargata**, cioè si considerano interni alla struttura anche gli studi privati del medico o addirittura si fanno delle convenzioni con la casa di cura privata, ma sempre secondo la stessa condizione, cioè il medico percepisce la stessa identica percentuale che percepirebbe se lavorasse in ospedale. Ancora oggi funziona questa intramania allargata; mentre chi non chiede queste agevolazioni mette in contro l'extramania. Queste normative vengono attuate in maniera diversa da regione a regione, quindi, c'è un'enorme disparità di trattamento, perché è una riforma avvenuta ancora prima della riforma del 2001 che fa sì che la tutela della salute diventi materia delle regioni.