

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 6 LEA e concertazione tra Stato e regioni nel sistema sanitario: una prospettiva economico-aziendale e una giuridica

di Viviana Molaschi e Francesco Longo\*

### 6.1 Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale ha ricercato storicamente l'equità e l'uniformità nella tutela dei diritti di salute attraverso l'uniformità degli assetti istituzionali e organizzativi a livello interregionale e infraregionale (Borgonovi 2002).

Questo fatto corrisponde al razionale del modello burocratico-weberiano, il quale assume che gli assetti istituzionali e organizzativi siano capaci di determinare i livelli quali-quantitativi dei servizi e quindi di tutela dei diritti di salute (Ruffini e Valotti 1994).

La letteratura scientifica e le evidenze empiriche hanno incrinato il determinismo istituzionalista weberiano e la corrispondenza perfetta tra assetti istituzionali e livello delle performance, soprattutto per settori ultracomplexi e professionali come la sanità.

Le performance dei sistemi sanitari regionali, pur in presenza di uniformi modelli istituzionali, sono significativamente influenzate dal contesto socioeconomico, dal capitale sociale del territorio, dalle competenze manageriali e amministrative disponibili, dal livello quali-quantitativo dei fornitori, dal livello di *accountability* richiesto dagli *stakeholder*. Pertanto assetti istituzionali omogenei, applicati però in scenari dissimili, registrano performance significativamente diversificate (Valotti 2000).

Il processo di regionalizzazione del SSN, al contrario del modello weberiano, ipotizza che l'eterogeneità delle soluzioni istituzionali, se ben correlata alle caratteristiche regionali, possa garantire maggiore uniformità tra gli *outcome* sanitari delle regioni. Il razionale dei modelli federali assume che, al variare degli scenari ambientali, soluzioni istituzionali e organizzative diversificate possano garantire *outcome* finali complessivamente più uniformi.

---

\* I parr. da 6.1. a 6.4. sono stati redatti da Francesco Longo e i parr. da 6.5. a 6.7 da Viviana Molaschi, alla luce delle distinte competenze disciplinari.

Le potenzialità del modello regionalista sono però soggette ad alcune rilevanti limitazioni:

- le diverse soluzioni istituzionali, adottate in scenari dissimili, possono determinare *outcome* omogenei solo qualora si riesca a individuare in ogni regione architetture istituzionali e organizzative coerenti con le variabili socioeconomiche locali (Rebora e Meneguzzo 1990);
- i differenziali di capitale sociale e umano inizialmente disponibili possono non essere colmabili con la sola azione autonoma della regione, adottando soluzioni istituzionali e organizzative specifiche. Per alcuni contesti rimane necessaria l'azione di riequilibrio dello Stato centrale e di sostegno solidaristico da parte di altre regioni (Giarda 1995).

Alla luce delle criticità illustrate, l'adozione del modello regionalista impone un costante monitoraggio del livello di salute garantito, per verificare se distinti territori, adottando soluzioni originali e contestualizzate, garantiscano effettivamente un livello uniforme di diritti, tale da raggiungere una sufficiente equità e coesione sociale nazionale. Eventuali significativi differenziali nel livello degli *outcome* dovrebbero indurre la modifica delle politiche regionali o delle azioni di supporto centrale o interregionale.

Pertanto, in un sistema sanitario regionalizzato come l'attuale SSN, la definizione e il controllo del rispetto dei LEA assumono un ruolo e una significatività estremamente rilevanti.

La fisiologica contrapposizione tra le divergenti aspirazioni di uniformità nazionale e differenziazione regionale e le difficoltà nella definizione e misurazione dei LEA generano una costante tensione tra i livelli di governo coinvolti. Obiettivo del presente lavoro è quello di analizzare e discutere le criticità e l'evoluzione dei LEA, utilizzando una doppia prospettiva di analisi, economico-aziendale e giuridica, per proporre, nel combinato disposto degli approcci, una riflessione complessiva delle problematiche presenti.

Prima di presentare queste riflessioni, riassumiamo le principali caratteristiche che i LEA hanno assunto nella recente storia del SSN.

## 6.2 Le caratteristiche dei LEA nel SSN

Nella recente storia delle riforme del SSN i LEA sono stati citati per la prima volta dal D.lgs. 502/1992, poi sono stati oggetto di una ridefinizione nel D.lgs. 229/1999, fino ad approdare a una compiuta cornice legislativa nella riforma del Titolo V della Costituzione che, nella riformulazione dell'art. 117, assegna allo Stato i poteri legislativi esclusivi riguardo la «determinazione dei livelli delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale».

Le caratteristiche assunte dai LEA nel SSN devono essere distinte in due fasi.

Nella loro prima formale definizione, i LEA sono stati costruiti sulla base delle quote complessive di finanziamento previste per le regioni. Il livello essenziale di assistenza era espresso da una quota capitaria minima che le singole regioni dovevano spendere per la sanità, corrispondente al finanziamento ottenuto dal FSN.

Il contenuto dei LEA era focalizzato esclusivamente su un livello atteso di spesa sanitaria media per abitante.

La seconda fase dei LEA è iniziata con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, in seguito recepito nel D.L. 18 settembre 2001, n. 347, poi dalla legge 15 novembre 2001, n. 405, ed è maturata nel D.P.C.M. 29 novembre 2001.

I LEA sono stati definiti attorno a quattro distinti blocchi tematici.

1. Si definisce un livello di spesa per abitante (ponderato in base alle caratteristiche della popolazione, in coerenza alle regole di riparto interregionale) per livello di assistenza. I livelli di assistenza attualmente individuati sono: prevenzione e sanità pubblica, servizi distrettuali, ospedale.

La prevenzione comprende l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale). L'assistenza distrettuale comprende le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari ai servizi territoriali (consultori familiari, Ser.T, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali per gli anziani e i disabili (istituti, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche). L'assistenza ospedaliera comprende i ricoveri ordinari, in *day hospital* e *day surgery*, la lungodegenza, la riabilitazione e il pronto soccorso.

2. Alcune prestazioni sono escluse dalla copertura del SSN, completamente o parzialmente, o perché non hanno come fine diretto la tutela della salute o perché la loro efficacia non è sufficientemente provata in ambito scientifico o, ancora, perché il bilancio complessivo dei loro benefici in rapporto ai costi risulta sfavorevole rispetto ad altre prestazioni disponibili.

Sulla base di queste valutazioni sono stati esclusi dai LEA: gli interventi di chirurgia estetica, la circoncisione rituale maschile, le medicine non convenzionali, le vaccinazioni eseguite in occasione di soggiorni all'estero, le certificazioni mediche richieste per un interesse prevalentemente privato (escluse quelle per riammissione a scuola o al lavoro e quelle per l'attività sportiva effettuata nell'ambito della scuola), alcune prestazioni di fisioterapia ambulatoriale richieste per problemi transitori o di scarso rilievo.

Alcune prestazioni ambulatoriali sono state invece «parzialmente escluse dai

LEA», ovvero sottoposte a specifiche indicazioni cliniche. Queste prestazioni riguardano l'assistenza odontoiatrica, la medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale, la densitometria ossea, la chirurgia refrattiva con laser.

Per quanto riguarda la medicina fisica e riabilitativa ambulatoriale, la maggior parte delle prestazioni sono incluse nei LEA quando siano presenti le condizioni cliniche per le quali le prestazioni stesse abbiano dimostrato la propria efficacia e quando siano erogate sulla base di protocolli validati.

Talune prestazioni, quali la laserterapia antalgica, l'elettroterapia antalgica, l'ultrasuonoterapia e la mesoterapia, possono essere incluse nei LEA su disposizione regionale.

Tutte le prestazioni riabilitative erogate in regime di ricovero o presso strutture di riabilitazione extraospedaliera residenziale o semiresidenziale, nell'ambito di un programma complessivo di riabilitazione di una grave disabilità, sono a carico del SSN.

3. Vi sono poi 43 *Diagnosys Related Groups* (DRG) indicati in un apposito elenco e definiti «ad alto rischio di inappropriatelyzza», perché ancora troppo spesso sono eseguiti in ricovero ordinario quando, per la loro relativa semplicità di esecuzione, potrebbero essere eseguiti in *day hospital* o in *day surgery* o addirittura in ambulatorio. In proposito si prevede che siano individuati, sulla base di rilevazioni regionali, specifici valori «percentuale/soglia» di ammissibilità al ricovero ordinario.

4. Con il D.P.C.M. 16 aprile 2002, conformemente all'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, sono state individuate alcune misure per garantire l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in particolare di quelle ritenute urgenti.

Le regioni sono responsabilizzate nell'applicazione dei LEA. Esse devono individuare il modello organizzativo più adeguato per assicurare ai cittadini l'effettiva erogazione delle prestazioni incluse nei LEA e gli strumenti per incentivare l'uso appropriato delle risorse da parte delle aziende sanitarie, limitando le prestazioni inappropriate o escluse dai LEA.

Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello «essenziale» garantito a tutti i cittadini, ma le regioni, come hanno fatto fino a oggi, possono utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni superiori. Per esempio, le regioni che forniscono prestazioni di medicina non convenzionale possono continuare a farlo assumendo direttamente i relativi costi.

Dopo aver illustrato la rilevanza dei LEA e la loro recente evoluzione nel SSN, analizziamo le criticità relative al potere istituzionale deputato a definire e finanziare i LEA e alle possibili metodologie per meglio misurarli. Come detto, proponiamo due analisi parallele: una svolta con l'approccio economico-aziendale e l'altra con quello giuridico.

### 6.3 Quale livello istituzionale dovrebbe definire i LEA? Alcune riflessioni economico-aziendali

Per meglio inquadrare i problemi connessi ai poteri istituzionali per la definizione dei LEA è importante analizzare le finalità che si possono assegnare allo strumento. A oggi, le finalità dei LEA nel SSN non risultano ancora esplicitamente definite. Esse potrebbero essere almeno le seguenti, in alternativa o in congiunzione tra di loro:

- valutare il grado di copertura di un bisogno socio-sanitario per confermare o modificare le correlate politiche nazionali. Alcuni diritti qualificati dalla norma come diritti individuali esigibili potrebbero rivelarsi solo parzialmente tutelati e garantiti in base a criteri di selezione, alla luce dell'effettiva disponibilità di risorse. Oppure lo *standard* medio di un servizio potrebbe risultare così ridotto da determinare una tutela solo formale o insufficiente di un diritto. Le valutazioni sul tasso di copertura di un'area di bisogni a livello nazionale dovrebbero logicamente indurre a riflettere sul livello complessivo di risorse messe a disposizione per essa;
- monitorare le differenze interregionali nel grado di soddisfacimento dei bisogni. L'analisi potrebbe avere prevalentemente una valenza a supporto dei processi interni delle regioni, garantendo loro un sistematico processo di *benchmarking*. Potrebbe anche servire per comprendere le principali debolezze di alcuni territori, per attivare un sostegno nazionale o interregionale (consulenziale, formativo, finanziario o addirittura di trasferimento di capitale umano);
- confrontare i risultati delle singole AUSL a livello infraregionale per un più efficace governo dei sistemi regionali. Lo strumento avrebbe una valenza prevalentemente infraregionale, anche se potrebbe alimentare un sistema informativo interregionale, che però sarebbe un prodotto derivato.

Ognuna di queste prospettive è legittima e probabilmente necessaria. Esse potrebbero essere adottate anche contestualmente, nonostante ognuna richieda specifiche logiche e strumenti operativi.

A questo proposito è utile immaginare quali potrebbero essere le reazioni e i comportamenti attesi degli attori, per comprendere quali differenti rischi si determineranno nel sistema di monitoraggio a seconda delle tre possibili distinte finalità (Del Vecchio 2001). Queste valutazioni possono essere utili per riflettere sull'assegnazione del potere di definire e valutare i LEA.

Se il sistema è volto a ripensare le politiche nazionali, le regioni non lo percepiranno come «politicamente pericoloso» per la loro legittimità istituzionale. Probabilmente tenderanno a non nascondere o sottostimare eventuali insufficienze nel grado di copertura dei bisogni, sperando di vedere una maggiore quantità di risorse destinate a singole aree di diritti particolarmente sottodotate. In questo scenario potrebbero essere accettate anche logiche di analisi e valutazione degli

*standard* di servizio e organizzativi. Potrebbe essere del tutto accettabile che i LEA vengano definiti dallo Stato o da un lavoro concertativo Stato-Regioni.

Se invece i LEA servono soprattutto a valutare le differenze interregionali, inevitabilmente le regioni tenderanno ad adottare atteggiamenti difensivi. Le informazioni che si diffonderanno risponderanno soprattutto al bisogno delle singole regioni di tutelarsi e un'analisi degli *standard* dei servizi o dei modelli organizzativi verrà percepita come invasiva. Le regioni potrebbero mostrarsi più collaborative nell'ipotesi in cui i LEA fossero gestiti come strumento di *benchmarking* interno al network delle regioni e di accompagnamento alla loro crescita (Bardach 1998). In questo caso è rilevante stabilire se i LEA sono definiti e monitorati da un organismo dello Stato centrale o da una tecnostuttura che riferisce direttamente al network delle regioni.

Infine, se la finalità dei LEA fosse quella dell'analisi dei singoli territori, lo strumento sarebbe fisiologicamente implementato a livello regionale e, in questo caso, la capogruppo regionale potrebbe essere interessata a raccogliere informazioni anche sugli *standard* organizzativi e di servizio, oltre che sul grado di soddisfacimento dei bisogni.

Queste riflessioni devono essere correlate con le scelte in tema di responsabilità istituzionali associate ai LEA: le responsabilità finanziarie in caso di servizi insufficienti di un territorio regionale e i poteri di intervento in caso di debolezze organizzative o decisionali da parte delle regioni.

Il problema delle responsabilità economico-finanziarie non si pone fino a quando i LEA sono interpretati come semplice livello di spesa medio per abitante per livello di assistenza, in quanto il meccanismo nazionale di distribuzione delle risorse, per quota capitaria pesata, dovrebbe garantire uniformità nell'allocatione delle risorse stesse e quindi dei LEA. Il problema delle responsabilità finanziarie diventa invece centrale laddove davvero si riuscisse a misurare i differenziali in termini di copertura dei bisogni o di *standard* dei servizi. In caso di insufficienze di un territorio chi provvederebbe al reperimento di risorse aggiuntive per coprire i fabbisogni momentanei, in attesa degli effetti di processi di riorganizzazione? La responsabilità di reperimento delle risorse aggiuntive potrebbe essere assegnata alle regioni o allo Stato. Il primo caso probabilmente indurrebbe degli atteggiamenti difensivi da parte delle regioni nel misurare i LEA, mentre nel secondo caso potrebbe esservi una disponibilità a palesare le insufficienze o addirittura un incentivo a farle monitorare.

La seconda criticità riguarda il potere di intervento in caso di mancato rispetto dei LEA, per esempio, per proporre una riorganizzazione di un sistema regionale che non riuscisse a garantire gli stessi *standard* di servizio di altri territori, pur in presenza di risorse paragonabili. L'autonomia regionale potrebbe essere assoluta e i LEA operare solo come meccanismo di *warning*. In alternativa, l'intervento dello Stato potrebbe avere un ruolo di monitoraggio, consulenza o commissariamento.

Le finalità assegnate ai LEA, la responsabilità finanziaria e l'assegnazione del

potere di intervento in caso di insufficiente rispetto dei LEA vanno valutate in maniera integrata per disegnare un sistema organico ed equilibrato di assegnazione dei poteri e delle responsabilità. Le finalità vanno infatti correlate con le tecniche di misurazione e i sistemi di indicatori, ma soprattutto con la struttura delle responsabilità e dei poteri e i relativi processi di *governance*. Le combinazioni possibili di finalità, responsabilità finanziarie e poteri sono numerose. È auspicabile riuscire a definire *ex ante* finalità, responsabilità e poteri realmente e fattivamente esercitabili. Non sarebbe però del tutto sorprendente se *ex post* si scoprisse che le caratteristiche organizzative e operative assunte dal sistema determinano *de facto* le finalità raggiunte o perseguite (Mintzberg 1985).

#### 6.4 Quale metrica per i LEA? Alcune riflessioni economico-aziendali

Le metriche possibili con cui monitorare, valutare e gestire i LEA sono molteplici. È possibile monitorare i LEA adottando una delle seguenti scelte:

- monitorare il tasso di copertura dei bisogni (numero di prestazioni o utenti rispetto agli indici di prevalenza epidemiologica);
- verificare gli *standard* infrastrutturali e di servizio (posti letto, tempi di attesa e tempi di spostamento degli utenti ecc.);
- analizzare la spesa per abitante per macroarea di attività (prevenzione, cure primarie, ospedale ecc.) oppure per microaree di attività;
- indagare le configurazioni organizzative (modelli organizzativi, procedure e criteri di selezione degli utenti, dotazioni organiche per specialità ecc.).

Tra queste dimensioni di analisi è possibile adottarne una sola, oppure configurare un sistema pluridimensionale. La seconda opzione è tecnicamente più ricca e complessa, ma rende più difficile un puntuale e univoco *ranking* delle regioni, essendo arbitrario il peso assegnato alle distinte dimensioni. Questo può essere visto come un vantaggio, che evita pericolose e destabilizzanti classifiche interregionali, oppure come uno svantaggio, per coloro che credono nel valore della competizione interistituzionale, basata sui sistemi dei *ranking* e della loro pubblica discussione.

Il sistema attuale dei LEA è focalizzato soprattutto sul rispetto dei livelli di spesa per area assistenziale e su un elenco negativo di prestazioni, che non devono essere erogate, in tutto o in parte. È invece debole la capacità di misurare i tassi di copertura dei bisogni o gli *standard* assistenziali o infrastrutturali. Rimane da definire nell'architettura istituzionale e organizzativa del SSN il disegno di *governance* per la fase di controllo dei LEA e per le azioni di intervento in caso di carenze di alcuni territori.

Il dibattito sulla metrica dei LEA (indicatori di *outcome*, o livelli di spesa per ambito di intervento, oppure *standard* di servizio o organizzativi) difficilmente

può essere risolto in maniera convincente e definitiva se non si chiariscono in profondità le loro finalità, che non sono univoche e immediatamente autoevidenti. L'esplicitazione delle finalità dei LEA permetterebbe di analizzarne le caratteristiche e da esse derivare la progettazione delle logiche di misurazione, raccolta, analisi e diffusione delle informazioni.

### 6.5 Considerazioni preliminari sulla definizione dei LEA sanitari nella prospettiva giuridica

Il difficile rapporto tra soluzioni istituzionali e livelli prestazionali da garantirsi sul territorio nazionale è oggetto di riflessione anche da parte della scienza giuridica.

Gli studiosi che si sono occupati di LEA sanitari hanno avuto modo di osservare come la relativa definizione si collochi al «crocevia» tra due opposte istanze: da un lato, un'esigenza di unità e omogeneità nell'erogazione dei servizi, che talora giustifica un'interpretazione estensiva del contenuto dei «livelli»; dall'altro, la necessità di non mortificare l'autonomia regionale, frutto del processo di regionalizzazione della sanità avviato a far tempo dalla cosiddetta «riforma *bis*» e valorizzata, da ultimo, dalla riforma costituzionale operata dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Il contrasto tra tali divergenti aspirazioni – rispettivamente all'uniformità e alla differenziazione – genera una costante tensione tra i livelli di governo coinvolti e ha determinato plurimi interventi da parte della Corte Costituzionale, spesso impegnata in difficili «delimitazioni di campo»: a tale riguardo giova ricordare che la legge costituzionale 3/2001 ha attribuito allo Stato la potestà legislativa esclusiva statale in tema di «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti (civili e) sociali» (art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost.), devolvendo invece alla potestà concorrente Stato-Regioni la materia «tutela della salute» (art. 117, comma 3, Cost.)<sup>1</sup>.

Nelle pagine seguenti si cercherà di ripercorrere l'evoluzione della normativa e della giurisprudenza che si sono occupate di LEA, focalizzando l'attenzione sui momenti di emersione dell'evidenziata dialettica tra uniformità e differenziazione.

Particolare rilievo sarà dato alla questione della cosiddetta «accezione in chiave organizzativa» dei «livelli» (Menichetti 2003a)<sup>2</sup>, che, implicando una visione «forte» dell'intervento statale, ha determinato dure reazioni da parte delle regioni, ren-

<sup>1</sup> Sull'impatto della riforma del Titolo V in materia sanitaria vedi Cuocolo (2005a), Molaschi (2005), Balduzzi (2004), Balduzzi e Di Gaspare (2002), Morana (2002). Il tema è affrontato anche nei manuali di diritto sanitario: Jorio (2005), Cilione (2005). Con particolare riferimento all'art. 117, comma 2, lett. *m*, Cost. vedi, *ex multis*, Molaschi (2003), Luciani (2002), Principato (2002), Rossi e Benedetti (2002), Torchia (2002), Ruggeri (2001), Balboni (2001).

<sup>2</sup> Su tale questione vedi il par. 6.7.

deno necessario un intervento chiarificatore del giudice delle leggi<sup>3</sup>. Nell'analisi ci si soffermerà specificamente sulla recente sentenza della Consulta 31 marzo 2006, n. 134 (in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org), con note di Di Somma e di Balboni e Rinaldi), che ha indicato nel principio di leale collaborazione<sup>4</sup> la «via maestra» per arginare il rischio di conflittualità e regolare le dinamiche tra i soggetti istituzionali<sup>5</sup>.

## 6.6 Cenni sull'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di LEA sanitari

Nella «storia» della sanità si inizia a parlare di «livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini»<sup>6</sup>, con l'art. 53 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del SSN.

Il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, prevedeva che i «livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale» fossero individuati dal PSN (art. 1, comma 3, D.lgs. 502/1992).

Il PSN è predisposto dal governo su proposta del ministro della Salute, sentite le commissioni parlamentari competenti per materia nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative. Nell'elaborazione si tiene conto delle istanze delle regioni, cui spetta un importante ruolo di proposta, «singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento», «con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza». Il governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare.

Il piano è adottato con decreto del Presidente della Repubblica, su deliberazione del Consiglio dei Ministri, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281<sup>7</sup>.

Rispetto a questo quadro, che inseriva la determinazione dei LEA nell'alveo del PSN, significative novità sono state introdotte dall'Accordo raggiunto in sede

<sup>3</sup> Nella terminologia giuridica la Corte Costituzionale viene anche indicata con le espressioni «giudice delle leggi» o «Consulta» (vedi *infra*).

<sup>4</sup> Il principio di leale collaborazione, al quale devono essere improntati i rapporti tra Stato e regioni nel caso di interferenze tra le rispettive competenze, è oggi costituzionalizzato dall'art. 120 Cost., così come modificato dalla riforma del 2001.

<sup>5</sup> Sull'«importanza strategica degli strumenti di coordinamento tra i diversi livelli di governo nei nuovi (instabili) equilibri costituzionali» vedi Cuocolo (2005a, 262 ss.). In argomento vedi altresì Di Folco (2004).

<sup>6</sup> In argomento vedi Taroni (2000, pp. 27 ss.).

<sup>7</sup> La Conferenza unificata, di cui all'art. 8 del D.lgs. 281/1997 cit., nasce dall'unione della Conferenza Stato-Città e autonomie locali con la Conferenza Stato-Regioni, «per le materie e i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane».

di Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001, di integrazione e modifica degli accordi del 3 agosto 2000 e del 22 marzo 2001.

Tale accordo ha infatti operato il cosiddetto «stralcio» dei LEA dal piano, demandandone la definizione a un successivo accordo, prima dell'adozione da parte del governo con provvedimento formale, entro il 30 novembre 2001, sempre d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Probabilmente anche per la necessità di pervenire a una celere individuazione dei «livelli», si è così introdotta una procedura diversa da quella prevista dal D.lgs. 502/1992<sup>8</sup>: in essa, anzitutto, non è contemplato l'esame delle proposte regionali, rispetto al quale l'intesa in Conferenza non può considerarsi un momento equivalente<sup>9</sup>; non sono più richiesti il parere delle commissioni parlamentari e quello delle confederazioni sindacali; l'approvazione è subordinata all'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e non con la Conferenza unificata, con la conseguenza di escludere dall'*iter* definitorio gli enti locali.

Lo «stralcio» effettuato dall'accordo dell'8 agosto 2001 è stato recepito, trovando così «copertura legislativa», dall'art. 6 del D.L. 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, che ha previsto che «con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni».

In attuazione di tale disposizione è stato emanato, dopo un apposito accordo conseguito in sede di Conferenza permanente il 22 novembre 2001, il D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Si noti che l'introduzione del meccanismo dell'accordo prodromico all'emanazione di un provvedimento statale d'intesa ha consentito di coniugare due esigenze: «quella del massimo coinvolgimento di ciascuna regione e del complesso delle regioni in ordine a un determinato provvedimento con quella di garanzia di efficacia giuridica del medesimo, così da disincentivare recessi unilaterali rispetto all'accordo stesso» (Balduzzi 2002, p. 27).

Con la riforma costituzionale del 2001 il concetto di «livelli essenziali delle prestazioni» è stato inserito nella Costituzione, il cui nuovo art. 117, comma 2, lett. *m*), ne ha riservato la «determinazione» al legislatore nazionale. La Carta Costituzionale, peraltro, non prende in considerazione solo i «livelli» prestazio-

<sup>8</sup> Sulla «distorsione della scelta sistematica della riforma *ter*» vedi Cuocolo (2005a, pp. 275 ss.).

<sup>9</sup> Osserva Cuocolo (2005a, p. 279): «Lo strumento del decreto 502 (...) apriva la strada a un coinvolgimento anche degli organi legislativi regionali e dunque a una dialettica tra forze di maggioranza e di opposizione. La procedura disegnata dall'Accordo dell'8 agosto, viceversa, racchiude la definizione dei LEA tra esecutivi regionali ed esecutivo nazionale, sopprimendo il dialogo politico».

nali della sanità, ma parla di «livelli» con riferimento a tutti i «diritti sociali» e anche ai «diritti civili».

La giurisprudenza, sia costituzionale sia di merito, si è pronunciata più volte sulla competenza in oggetto.

La Corte Costituzionale ne ha anzitutto affermato la prevalenza sulla legislazione regionale: nella nota pronuncia 26 giugno 2002, n. 282 (in *Foro it.*, 2003, I, 394, con osservazioni di Romboli e note di Pensavecchio Li Bassi, Molaschi e Gragnani), ha statuito in un *obiter dictum* che «non si tratta di una “materia” in senso stretto, ma di una competenza del legislatore idonea a investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle».

A livello di giurisprudenza di merito è maturato l’orientamento secondo cui la previsione costituzionale relativa alla garanzia dei «livelli essenziali delle prestazioni» trova attuazione nel D.P.C.M. 29 novembre 2001 (TAR Puglia, Lecce, sez. II, 1° giugno 2002, n. 499, *Foro amm.-Tar*, 2002, 1743, con nota di Nicolazzi; TAR Lazio, sez. III *ter*, 26 maggio 2003, n. 4690, *Foro amm.-Tar*, 2003, 1991, con nota di Marocco); il giudice amministrativo ha affermato che «la fissazione dei LEA sanitari», alla stregua di tale D.P.C.M., «dà senso e contenuto concreto alla tutela del diritto sociale alla salute *ex art. 32 Cost.*» (TAR Lazio, sez. III *ter*, 10 luglio 2002, n. 6252, *Foro amm.-Tar*, 2003, 178, con nota di Molaschi).

L’identificazione dell’art. 117, comma 2, lett. *m*), con le previsioni di un D.P.C.M. ha fatto sorgere un’esigenza di «legificazione» dei LEA<sup>10</sup> in tale modo definiti, cui ha provveduto l’art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, legge Finanziaria 2003, stabilendo la «conferma», a partire dal 1° gennaio 2001, dei «livelli essenziali di assistenza previsti dall’art. 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» e che «le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale» siano «quelle individuate dall’allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 (...) con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto»<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Giova ricordare, a tale riguardo, le perplessità a suo tempo manifestate dal Consiglio di Stato, che, con ordinanza 4485/2002, aveva disposto la sospensione della sentenza del TAR Lazio 6252/2002, aderendo alla prospettazione di una casa di cura privata accreditata dalla Regione Puglia per prestazioni di fisioterapia (non più ricomprese nell’elenco positivo dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001), sul rilievo che i «livelli essenziali» previsti dall’art. 117, comma 2, lett. *m*), *Cost.*, spettando alla potestà legislativa esclusiva statale, non potessero essere determinati da una fonte subordinata alla legge quale il decreto sui LEA, richiedendo invece necessariamente la presenza di una fonte primaria. Riferisce di tale ordinanza Menichetti (2002).

<sup>11</sup> Si osservi che, in virtù del sopravvenuto art. 54 della legge Finanziaria 2003, il Consiglio di Stato, sez. IV, con ordinanza 17 marzo 2003, n. 1002 (il cui testo può leggersi in

L'art. 54, ultimo comma, della legge 289/2002 ha altresì statuito che la determinazione delle prestazioni che non soddisfano i requisiti richiesti, e pertanto da escludersi, nonché eventuali modificazioni agli allegati del D.P.C.M. 29 novembre 2001 debbano essere operate sempre con D.P.C.M., d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. In applicazione di tale disposizione è stato emanato il D.P.C.M. 28 novembre 2003, «Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli di assistenza", in materia di certificazioni».

La concretizzazione dei «livelli essenziali delle prestazioni» di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), nei LEA sanitari del D.P.C.M. 29 novembre 2001 è stata avallata dalla Corte Costituzionale con decisione 27 marzo 2003, n. 88 (in *Le regioni*, 2003, 1177, con note di Balboni e Simoncini, su cui vedi altresì le osservazioni di Menichetti 2003a): il giudice delle leggi ha infatti affermato che «al di là di ogni valutazione di merito sul procedimento configurato e sulla stessa adeguatezza dei livelli essenziali in tal modo individuati, resta indubbio che in tutto il settore sanitario esiste attualmente una precisa procedura, individuata con fonte legislativa, per la determinazione di quanto previsto nell'art. 117, 2° comma, lettera *m*), della Costituzione»<sup>12</sup>, quella sancita dall'art. 54 della legge Finanziaria 2003, che ha «confermato» il D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Con la consacrazione della procedura in esame, la Consulta ha inoltre sancito la piena forza giuridica del principio di leale collaborazione, che vincola il legislatore ordinario a introdurre adeguate forme partecipative, pena l'illegittima compressione delle autonomie regionali.

Tra le ultime tappe dell'evoluzione in materia di LEA sanitari si segnalano la legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge Finanziaria 2005), su cui è intervenuta la Corte Costituzionale con la sentenza 134/2006, e la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge Finanziaria 2006).

Ferma restando la disciplina dettata dall'art. 54 della legge 289/2002 per le prestazioni già definite dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, l'art. 1, comma 169, della legge Finanziaria 2005, ha previsto la determinazione, tramite una peculiare procedura, di «*standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi», finalizzati a «garantire che le modalità di erogazione» delle prestazioni rientranti nei «livelli» siano «uniformi sul territo-

---

zia-amministrativa.it) ha ritenuto superati i dubbi di legittimità costituzionale avanzati nell'ordinanza 4485/2002 circa la determinazione dei livelli essenziali di assistenza con D.P.C.M.: in argomento vedi Menichetti (2003b).

<sup>12</sup> Secondo Corte Cost. 88/2003 cit., l'art. 117, comma 2, lett. *m*), se, da un lato, «attribuisce al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto», dall'altro, richiede che «queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni e articolazioni ulteriori che si rendano necessarie».

rio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale».

Nella parte dichiarata incostituzionale, la disposizione statuiva che essi venissero definiti con regolamento adottato dal ministro della Salute, ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400<sup>13</sup>, di concerto con il ministro dell'Economia, avvalendosi della commissione di cui all'art. 4-bis, comma 10, del D.L. 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112<sup>14</sup>, «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

La norma stabiliva che «con la medesima procedura» fossero «individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale».

In fase di prima applicazione gli *standard* dovevano essere fissati entro il 30 giugno 2005. Tale previsione non ha però trovato attuazione.

L'art. 1, comma 169, della legge 311/2004 è stato richiamato in diverse disposizioni della legge Finanziaria 2006.

Per quanto qui interessa, il comma 293 dell'unico articolo della legge ha previsto che, per le finalità di cui al comma 292, lett. a), ossia al fine di incrementare l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, correlativamente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, con D.P.C.M., di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate le tipologie di assistenza e i servizi relativi alle aree di offerta del PSN.

Si noti che tale disposizione, contemplando l'intesa solamente agli specifici fini indicati, si è sovrapposta parzialmente a quanto previsto in generale nel penultimo periodo dell'art. 1, comma 169, della legge 311/2004.

Con la decisione 134/2006 la Corte Costituzionale si è pronunciata su due ricorsi proposti, rispettivamente, dalla provincia autonoma di Trento e dalla Regione Friuli Venezia Giulia nei confronti dell'art. 1, comma 169, della legge Finanziaria 2005, ritenuto lesivo dell'autonomia regionale<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> L'art. 17 della legge 400/1988, «Disciplina dell'attività di governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri», individua tipologie, forma e iter procedimentale dei regolamenti statali.

<sup>14</sup> Ai sensi dell'art. 4-bis del D.L. 63/2002, convertito in legge 112/2002 cit.: «Per le attività di valutazione, in relazione alle risorse definite, dei fattori scientifici, tecnologici ed economici relativi alla definizione e all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni in essi contenute, è istituita un'apposita commissione, nominata e presieduta dal ministro della Salute e composta da quattordici esperti titolari e da altrettanti supplenti, di cui un titolare e un supplente designati dal ministro dell'Economia e delle Finanze e sette titolari e altrettanti supplenti designati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. La commissione, che può articolarsi in sottocommissioni, dura in carica tre anni; i componenti possono essere confermati una sola volta».

<sup>15</sup> La legge Finanziaria 2006 è sopraggiunta nelle more del giudizio.

Interrogandosi sull'inquadramento della previsione impugnata nel contesto delle competenze legislative costituzionalmente delineate, il giudice delle leggi ha ritenuto che i suddetti *standard* costituiscano «integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA esistenti», ricavando da tale circostanza la riconducibilità della relativa disciplina all'art. 117, comma 2, lett. *m*), e l'ulteriore conseguenza che l'*iter* di emanazione debba essere omogeneo a quello previsto dall'art. 54 della legge 289/2002, la cui procedura la Corte aveva ritenuto legittima nella sua precedente sentenza 88/2003.

In sostanza, alla base della decisione della Consulta è ravvisabile una serrata critica al «paradosso che sarebbe costituito dall'esistenza di due diverse modalità di coinvolgimento delle regioni rispetto a fenomeni tra loro profondamente contermini, come la determinazione dei LEA e la determinazione di quei particolari LEA che sarebbero costituiti dagli *standard* specificativi o attuativi dei primi».

La Corte, peraltro, non ha reputato rilevante l'attribuzione del potere normativo in esame a un regolamento ministeriale invece che a un decreto del presidente del Consiglio, riconoscendo la legittimazione di entrambi gli atti nella potestà secondaria dello Stato, ai sensi dell'art. 117, comma 6, Cost. Ha invece censurato «la ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle regioni», dovuta alla previsione della mera richiesta di un parere alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anziché di un'intesa con la medesima, come contemplato dall'art. 54 della legge 289/2002.

Sulla scorta di un ragionamento analogo, il giudice delle leggi ha dichiarato l'incostituzionalità dell'art. 1, comma 169, della legge 311/2004, nella parte in cui prevedeva che il regolamento del ministro della Salute deputato all'individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi del PSN per fini diversi da quelli di cui al comma 293 dell'unico articolo della legge 266/2005 fosse anch'esso adottato previo il mero parere della Conferenza permanente.

### **6.7 La metrica dei LEA nella prospettiva giuridica: «accezione in chiave organizzativa» e principio di leale collaborazione**

L'evidenziata dialettica tra esigenze di uniformità e istanze di differenziazione si intreccia con la spinosa problematica dell'«accezione in chiave organizzativa» dei «livelli essenziali» (Menichetti 2003a).

La dottrina ha già da tempo rilevato come «l'ampiezza, il contenuto, le modalità di attuazione e di realizzazione» dei diritti degli utenti di pubblici servizi si risolvano «quasi integralmente nel modo stesso di essere degli apparati» preposti al loro svolgimento, «vale a dire nella loro organizzazione» (Cammelli 1981, p. 449).

Tra prestazioni e articolazioni organizzative deputate all'erogazione corre, cioè, un rapporto strettissimo.

Proprio tale intrinseca correlazione ha indotto gli studiosi a domandarsi se la determinazione a opera dello Stato dei «livelli» prestazionali da assicurarsi uniformemente sul territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost., possa implicare anche alcune minime prescrizioni di carattere organizzativo, funzionali alla garanzia degli stessi<sup>16</sup>. Tale questione è stata già sottoposta all'attenzione della Consulta; allo Stato, però, le indicazioni fornite dalla giurisprudenza costituzionale non paiono univoche.

Al riguardo può risultare di interesse ricordare la vicenda da cui è scaturita la menzionata pronuncia della Corte 88/2003, originata da due conflitti di attribuzione sollevati dalla provincia autonoma di Trento e dalla Regione Emilia Romagna nei confronti di un decreto del ministro della Salute in materia di Ser.T: il D.M. 14 giugno 2002, «Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali – Ser.T, di cui al decreto ministeriale 30 novembre 1999, n. 444». Per quanto attiene al problema in oggetto, le censure si focalizzavano sull'art. 2, intitolato «Norme di principio sul funzionamento dei Ser.T», che, dopo aver affermato che «i Ser.T operano nel rispetto dei criteri fissati dai livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001», definiva in maniera eccessivamente puntuale una numerosa serie di servizi e attività che essi avrebbero dovuto assicurare nei settori delle patologie correlate alle tossicodipendenze e delle infezioni da HIV, «ben al di là di quanto contenuto nel D.P.C.M. 29 novembre 2001».

Con la decisione 88/2003, però, la Consulta ha annullato il suddetto decreto ministeriale adducendo motivazioni di natura formale, basate sulla violazione, nell'emanazione del regolamento, della procedura di definizione dei LEA delineata dall'art. 6 del D.L. 347/2001, convertito nella legge 405/2001 cit., e successivamente riformulata dall'art. 54 della legge Finanziaria 2003, che, come si è visto, richiedeva un D.P.C.M., approvato con un peculiare procedimento.

In conseguenza della mancata presa di posizione della Corte sulla plausibilità o meno di un'«accezione in chiave organizzativa» dei «livelli», la questione è rimasta insoluta: il giudice delle leggi non ha infatti escluso che, laddove si fosse rispettata la scansione procedimentale stabilita dalla normativa, i requisiti sull'organizzazione dei Ser.T potessero integrare la previsione di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*).

La teoria in esame è stata fortemente criticata in dottrina (vedi, in particolare, Cuocolo 2005b), soprattutto sulla base di una successiva pronuncia della Con-

<sup>16</sup> Per l'affermazione secondo cui «il riferimento ai “livelli” essenziali non deve far pensare soltanto alla necessità di determinazione di livelli quantitativi, ma anche alla definizione della “struttura organizzativa” che assicura la garanzia dei diritti», vedi Luciani (2002, p. 1034), secondo cui ciò comporta che lo Stato stabilisca «almeno i principi fondamentali del “come”». Dello stesso avviso è Balduzzi (2002, p. 21), per il quale la garanzia dei «livelli» presuppone un'organizzazione di tipo «ultraregionale».

sulta in materia di asili nido (Corte Cost., 25 marzo 2005, n. 120, *Foro it.*, 2005, I, 2956), che ha negato che gli *standard* strutturali e qualitativi dei servizi per la prima infanzia si identifichino con i «livelli essenziali delle prestazioni» e che quindi la relativa determinazione appartenga alla potestà legislativa esclusiva statale.

Ricondotta tale regolamentazione nell'ambito della materia dell'«istruzione», nonché, per alcuni profili, in quella della «tutela del lavoro», attribuite alla competenza concorrente delle regioni alla stregua dell'art. 117, comma 3, Cost., il giudice delle leggi ha affermato che «risulta impossibile negare la competenza legislativa delle singole regioni, in particolare per l'individuazione di criteri per la gestione e l'organizzazione degli asili, seppur nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dal legislatore statale».

Con la sentenza 134/2006, nel riconoscere agli «*standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi» di cui all'art. 1, comma 169, della legge Finanziaria 2005, la funzione di «integrazioni e specificazioni sul versante attuativo dei LEA», operanti nella «fase di concretizzazione» dei medesimi, la Corte Costituzionale pare invece aver aperto un varco nella direzione dell'ammissibilità di un'interpretazione dei «livelli» atta a ricomprendere anche aspetti di carattere organizzativo.

In tale senso si è recentemente espresso anche il Consiglio di Stato (Cons. Stato, sez. V, 13 dicembre 2005, n. 7085, *Giornale dir. amm.*, 2005, 505, con commento di Tubertini), che ha ritenuto che la creazione dei Centri interregionali di riferimento per le malattie rare di cui al D.M. Salute 18 maggio 2001, n. 279, sia «parte integrante dei livelli essenziali di assistenza» per fronteggiare tali patologie e ha conseguentemente reputato il decreto ministeriale in questione estrinsecazione della competenza di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost.<sup>17</sup>.

Proprio l'attribuzione di un contenuto più ampio e pervasivo ai «livelli essenziali delle prestazioni» permette di comprendere la centralità riconosciuta dalla Corte Costituzionale al coinvolgimento attivo delle regioni nella relativa procedura di definizione: nel momento in cui si apportano limitazioni maggiormente incisive all'autonomia regionale occorre rafforzare e non già depotenziare il principio di leale collaborazione.

In questo quadro, il consolidamento del «metodo interistituzionale (o patti-zio)» (Menichetti 2004, p. 268) assolve anche a un'altra importante funzione: la sussistenza di sedi e meccanismi di coordinamento è strumentale a una chiara assunzione di responsabilità da parte delle regioni, «disinnescando», come è stato acutamente osservato, «il rischio di “fughe” dalle determinazioni statali

<sup>17</sup> Nel caso di specie, peraltro, oggetto di controversia non era il provvedimento ministeriale, «Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera *b*) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124», ma la sua mancata attuazione da parte del ministero della Salute.

motivate in ragione della loro insostenibilità amministrativa e/o economica» (Di Folco 2004, p. 100).

### Bibliografia

- Balduzzi R., Di Gaspare G. (a cura di) (2002), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè.
- Balduzzi R. (2002), «Titolo V e tutela della salute», in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè.
- Balduzzi R. (a cura di) (2004), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè.
- Balboni E. (2001), «Il concetto di “livelli essenziali ed uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali», *Le Istituzioni del Federalismo*, pp. 1103 ss.
- Bardach E. (1998), *Getting Agencies to Work Together: The Practice and Theory of Managerial Craftmanship*, Washington, Brooking Institution.
- Benedetti A., Rossi G.P. (2002), «La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», *Lav. P.A.*, suppl. al n. 1, pp. 22 ss.
- Borgonovi E. (2002), *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Cammelli M. (1981), «Per uno statuto dell'utente», *Politica del diritto*, pp. 447 ss.
- Cilione G. (2005), *Diritto sanitario*, Rimini, Maggioli.
- Cuocolo L. (2005a), *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè.
- Cuocolo L. (2005b), «Sanità: a chi l'organizzazione?», *Amministrazione in cammino*, [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it).
- Del Vecchio M. (2001), *Dirigere e governare le amministrazioni pubbliche. Economicità, controllo e valutazione dei risultati*, Milano, Egea.
- Di Folco M. (2004), «La partecipazione delle autonomie alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali», in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè.
- Giarda P. (1995), *Regioni e federalismo fiscale*, Bologna, Il Mulino.
- Jorio E. (2005), *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè.
- Luciani M. (2002), «I diritti costituzionali tra stato e regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione», *Sanità pubblica*, pp. 1025 ss.
- Menichetti E. (2002), «Consiglio di Stato e livelli essenziali di assistenza sanitaria: verso una questione di legittimità costituzionale», *Amministrazione in cammino*, [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it).
- Menichetti E. (2003a), «Livelli essenziali di assistenza sanitaria: un punto fermo sulla forma e sulla procedura per l'individuazione... ed un punto interrogati-

- vo sull'accezione in chiave organizzativa», *Amministrazione in cammino*, [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it).
- Menichetti E. (2003b), «Il “recepimento” dei livelli essenziali di assistenza sanitaria nella legge finanziaria per il 2003 fuga i dubbi di legittimità costituzionale del D.P.C.M. 29 novembre 2001», *Amministrazione in cammino*, [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it).
- Menichetti E. (2004), «La tutela della salute tra competenze “divise” e interessi “concordati”. Riflessioni sul destino del Servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione», in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè.
- Mintzberg H. (1985), «Of Strategies: Deliberate and Emergent», *Strategic Management Journal*, n. 6.
- Molaschi V. (2003), «Sulla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni”: riflessioni sulla vis espansiva di una “materia”», *Sanità Pubblica e Privata*, pp. 523 ss.
- Molaschi V. (2005), «Le disuguaglianze sostenibili nella Sanità», *Servizi pubblici e appalti*, pp. 711 ss.
- Morana D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*; Milano, Giuffrè, 2002.
- Principato L. (2002), «I diritti costituzionali e l'assetto delle fonti dopo la riforma dell'art. 117 della Costituzione», *Giur. Cost.*, pp. 1169 ss.
- Rebora G., Meneguzzo M. (1990), *Strategia delle amministrazioni pubbliche*, Torino, Utet.
- Ruffini R., Valotti G. (1994), *Assetti istituzionali e governo delle aziende pubbliche*, Milano, Egea.
- Ruggeri A. (2001), «Neoregionalismo e tecniche di regolazione dei diritti sociali», *Diritto e società*, pp. 191 ss.
- Taroni F. (2000), «I livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?», in G. Fiorentini (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Torchia L. (2002), «Sistemi di welfare e federalismo», *Quad. cost.*, pp. 732 ss.
- Valotti G. (2000), *Riforma delle autonomie locali: dal sistema all'azienda*, Milano, Egea.

### Giurisprudenza

- Corte Cost., 31 marzo 2006, n. 134, [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org), con note di Di Somma C. e di Balboni E. e Rinaldi P.G..
- Corte Cost., 25 marzo 2005, n. 120, *Foro it.*, 2005, I, 2956.
- Corte Cost. 27 marzo 2003 n. 88, *Le regioni*, 2003, 1177, con note di Balboni E. e Simoncini A.
- Corte Cost. 26 giugno 2002, n. 282, *Foro it.*, 2003, I, 394, con osservazioni di Romboli R. e note di Pensovecchio Li Bassi A., Molaschi V., Gragnani A.

- Cons. Stato, sez. V, 13 dicembre 2005, n. 7085, *Giornale dir. amm.*, 2005, pp. 505 ss., con commento di Tubertini C.
- Tar Puglia, Lecce, sez. II, 1° giugno 2002, n. 499, *Foro amm.-Tar*, 2002, 1743, con nota di Nicolazzi T.
- TAR Lazio, sez. III ter, 26 maggio 2003, n. 4690, *Foro amm.-Tar*, 2003, 1991, con nota di Marocco T.
- TAR Lazio, sez. III ter, 10 luglio 2002, n. 6252, *Foro amm.-Tar*, 2003, 178, con nota di Molaschi V.