

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 04/09/2014

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/36475-dalla-sanit-filantropica-alle-aziende-per-l-assistenza-sanitaria-anche-in-una-prospettiva-di-imposizione-diretta>

Autore: Alessandro Vattovani

**Dalla sanità filantropica alle aziende per l'assistenza sanitaria. anche in una prospettiva di imposizione diretta**

# **DALLA SANITÀ FILANTROPICA ALLE AZIENDE PER L'ASSISTENZA SANITARIA. ANCHE IN UNA PROSPETTIVA DI IMPOSIZIONE DIRETTA.**

di Alessandro Vattovani

ABSTRACT. [1. La sanità nel periodo pre-repubblicano.](#) [2. Il primo traguardo nella "cura della salute" \(la Costituzione repubblicana e gli Enti Ospedalieri\).](#) [3. La pietra miliare nella "tutela della salute" \(SSN e Unità Sanitarie Locali\).](#) [4. SSR del Friuli Venezia Giulia: verso un nuovo assetto organizzativo \(dalla diarchia ASL/AO agli AAS\).](#) [5. Possibili riflessi tributari in capo agli AAS.](#) [CONCLUSIONI.](#) [Indice.](#)

## **ABSTRACT.**

Il presente contributo oltre ad accennare, senza alcuna pretesa di completezza, all'elemento oggettivo che ha caratterizzato e caratterizza l'assistenza sanitaria ed ospedaliera fornita dal settore pubblico in Italia, vuole analizzare la sua componente soggettiva, al fine di evidenziare, nelle sue fasi storiche, qual è stata l'evoluzione degli Organismi sanitari pubblici previsti dall'ordinamento italiano.

Delineata, in tale ottica, l'attuale fase propositiva di riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR) della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (FVG) in applicazione della LR n. 17/2013 - che sembrerebbe in linea con le indicazioni contenute nella *spending review* di cui al DL n 98/2012 -, si vogliono conseguentemente sottolineare i conseguenti riflessi tributari, seppure limitatamente alla materia delle imposte dirette (IRES), sulle *costituende* "Aziende per l'Assistenza Sanitaria" (AAS) così come il recentissimo disegno di legge regionale (ddlr dd. 18/07/2014) del FVG intenderebbe ridenominare gli Enti sanitari regionali.

## **1. La sanità nel periodo pre-repubblicano.**

Nel Medioevo era diffusa l'usanza di lasciare morendo, o di donare in vita, non di rado come forme di penitenza, somme destinate a scopi benefici: si ebbero così, tra gli altri, gli ospedali, le confraternite per l'assistenza ai malati e ai moribondi, le elemosine ai poveri. Si trattava, in tale contesto storico, di iniziative particolari e locali nell'ambito di quel fenomeno sociale che può essere definito di "*sanità filantropica*" che, peraltro, perdurerà fino all'ultimo dopoguerra.

Solo a cavallo tra XVI e XVII secolo, tali liberalità acquisirono un più ampio respiro grazie anche all'impegno statale (si pensi, in particolare, alla legislazione contro la mendicizia introdotta ad opera di Elisabetta I d'Inghilterra) e cattolico (e.g. la fondazione dei nuovi ordini dei barnabiti, teatini, somaschi, ospedalieri di San Camillo de Lellis).

Le risalenti leggi inglesi per l'assistenza agli strati più poveri della popolazione (*Poor Laws* o Leggi sui poveri) furono introdotte nel XVI secolo durante il regno di Elisabetta I, in sostituzione dell'opera caritativa svolta dagli istituti monastici soppressi con la riforma anglicana, e furono amministrate attraverso le parrocchie. Le *Poor Laws* prevedevano una forma di sostegno per gli individui che, a causa dell'età o di malattia, non erano in grado di svolgere attività lavorativa e mancavano di mezzi propri di sostentamento. Coloro che, invece, erano fisicamente in grado di svolgere un lavoro, venivano obbligatoriamente occupati nelle *work-houses* (case di lavoro). Alla fine del XVIII secolo fu poi introdotto il sistema detto di *Speenhamland*, mediante il quale si provvedeva al sostentamento dei lavoratori che percepivano un salario ritenuto al di sotto del limite minimo di sussistenza. Tuttavia, con il diffondersi dei modelli di produzione capitalistica e dei relativi valori, in particolare dell'idea di *self-help* (autosufficienza), si diffuse un atteggiamento negativo che vedeva nell'assistenza un elemento corruttore della fibra morale dell'individuo e nella carità uno sprone alla pigrizia. Di conseguenza le *Poor Laws* divennero sempre più restrittive e selettive. La Legge sui poveri del 1834, infatti, non prevedeva più alcun sostentamento a coloro che erano fisicamente in grado di lavorare. Il problema dell'assistenza si ripropose quando il pedagogismo liberale venne eroso dai movimenti sociali operai e dal diffondersi di concezioni interventiste dello Stato che portarono alla sostituzione delle *Poor Laws* con un sistema di servizi assistenziali<sup>1</sup> (cfr. *infra amplius welfare-state beveridgiano*).

Con riferimento alla penisola italiana e, in particolare, all'impero asburgico che, *in illo tempore*, su parte di essa insisteva, è illuminante quanto scriveva il Procuratore civico Pietro de Kandler. Egli, occupandosi della storia delle istituzioni di beneficenza a Trieste<sup>2</sup>, così descriveva l'organizzazione sanitaria tergestina:

*"Nei tempi anteriori l'imperatrice Maria Teresa, il pubblico reggimento non si occupò direttamente dei poveri, siffatta cura era della Chiesa e di quelle pie istituzioni che dessa ha chiamato a vita; le decime assegnate al clero venivano fino da origine date per una quarta parte ai poveri, gli Ospitali erano istituzioni annesse alle Chiese, non di ammalati soltanto, ma di ricoverati; ordini monastici provvedevano agli ammalati e ai poveri; le Frangie o Confraterne venivano in supplemento; la limosina erasi proclamata dovere religioso. E la esercitava il Comune medesimo con destinazione di summa della quale disponeva il Podestà, precipuamente nelle sante giornate.*

*Maria Teresa nel 1769 ordinava che in Trieste fosse edificato e dotato un Conservatorio (tale fu il nome dato) il quale servisse (sono sue precise parole) non tanto di ricovero, o di educazione ai Mendici, agli Orfani ed ai bastardelli di Trieste, quanto di spedale agli infermi dell'uno e dell'altro*

sesso (Patente 1. Settembre 1769). Assegnava in dote al Conservatorio un dazio sui vini esteri condotti in Trieste di un fiorino per orna, e di due lire per orna di vin piccolo estero. Nel 1772 costituivasi l'edifizio del Conservatorio, dal Comune di Trieste, quello che oggidì è la Caserma Maggiore, però era allora ad un piano soltanto, senza le Pistorie e l'Ospitale dei Militari. Compiuto l'edifizio nel 1774 vi entravano i poverelli, dal quale uscirono nel 1785, allorquando l'edifizio del Conservatorio fu dato ad uso di alloggiamento dei militari."

In conseguenza di tale spostamento causato da logiche militari, i ricoverati vennero trasferiti presso altra sede identificata nell'edificio che ospitava l'antico Episcopio, ma non con il nome di Conservatorio poiché esso era già stato sostituito con quello di Ospitale perché vi erano ricoverati, oltre che orfani e figli di ignoti, anche malati ed inabili.

Come si apprende dallo scritto di de Kandler, nel 1769 lo Stato (imperial-asburgico) aveva organizzato la cura della salute (a Trieste) attraverso la costituzione di un Ospedale (Conservatorio poi Ospitale) finanziato dalla fiscalità indiretta (dazi).

\* \* \*

Ciò è assimilabile a quanto accade oggi con i "*Fondi sanitari regionali*" che erogano alle afferenti aziende sanitarie "*contributi in conto esercizio*" (rappresentati dalle "*quote capitarie*" versate dalla Regione alle ASL le quali devono garantire ai cittadini residenti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera; quest'ultima, poi, remunerata volumetricamente attraverso i D.R.G.<sup>3</sup>, mentre l'attività diagnostico-ambulatoriale viene coperta dalle tariffe contenute in appositi nomenclatori) e "*contributi in conto capitale*"<sup>4</sup>.

Oggi, i predetti contributi regionali sono finanziati attraverso varia fiscalità<sup>5</sup>:

- Irap,
- addizionale regionale sull'Irpef,
- partecipazione sull'Iva,
- partecipazione sulle accise (i dazi, diversamente dal recente passato, sono oggi entrate proprie del bilancio comunitario e, pertanto, non sono nella disponibilità dei singoli Stati membri).

\* \* \*

L'affermazione di "*attribuire in dote*" utilizzata dallo storico triestino richiama l'attività di patrimonializzazione di un'azienda che, come noto, viene effettuata, nel caso delle aziende di erogazione quali quelle sanitarie, attraverso la costituzione di un fondo di dotazione. Quest'ultimo è il capitale che lo Stato o altro soggetto pubblico mette a disposizione di una pubblica azienda e, quindi, è il complesso di mezzi e materiali di cui dispone un'organizzazione civile (o militare) per il suo funzionamento.

Nell'ordinamento italiano pre-repubblicano, la Carta Costituzionale, ottriata da Carlo Alberto il 4 marzo 1848 (lo Statuto Albertino), non conteneva un esplicito riferimento al "*diritto alla salute*" anche se nella sua Sezione rubricata "*Dei diritti e dei doveri dei cittadini*" all'art. 24, ultimo periodo, era statuito che "*Tutti godono egualmente i diritti civili*".

\* \* \*

Con riferimento a tale previsione è possibile effettuare un parallelo con la vigente previsione contenuta nell'art. 117 co. 2 lett. m) Cost. dove è stabilito, con più ampia portata, che "*lo Stato ... determina ... i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*".

Ad un primo esame, la previsione di un "*godimento eguale*" (1848) piuttosto che la "*garanzia di godimento su tutto il territorio nazionale*" (2001) dei diritti civili potrebbe rappresentare il medesimo concetto diversamente esposto. In verità, all'indomani del riordino del SSN (c.d. Riforma *bis*) attuato con il D. Lgs. n. 502/1992, nonché a seguito del federalismo sanitario e dell'autonomia riconosciuta alle 19 Regioni e 2 Province Autonome e, quindi, ai 21 Sistemi Sanitari Regionali/Provinciali costituenti il SSN, si è reso necessario, da parte del legislatore costituzionale, codificare espressamente il diritto a ricevere gli stessi livelli essenziali assistenziali, i c.d. L.E.A.<sup>6</sup>, qualunque sia l'azienda sanitaria, pubblica o convenzionata, erogatrice ed ovunque localizzata, proprio al fine di garantire a tutti i cittadini italiani, ovunque risiedano, i medesimi diritti civili<sup>7</sup>.

\* \* \*

Dopo l'Unità d'Italia veniva emanata, nel complesso delle leggi ordinarie dirette a realizzare l'unificazione amministrativa dello Stato, la l. 20 marzo 1865, n. 2448<sup>8</sup> che con il suo allegato "C" disponeva in materia di sanità pubblica (normativa poi sostituita dal r.d. 22 dicembre 1888 n. 5849).

Addivenendo al periodo precedente la Seconda guerra mondiale, la normativa di settore fu rielaborata con il testo unico delle leggi sanitarie (TULS) emanato con il r.d. 27 luglio 1934 n. 1265 che si caratterizzava per un doppio ordine di motivi. Da un lato, furono notevolmente ampliati i compiti dell'amministrazione sanitaria in quanto, accanto alle tradizionali norme igieniche e profilattiche, furono dettate norme intese a predisporre i mezzi per combattere le malattie definite sociali:

- *tbc,*
- *tracoma,*
- *lebbra,*
- *malattie veneree,*
- *malaria,*
- *pellagra,*
- *cancro e*
- *tumori maligni.*

Quindi, con il TULS, il compito della sanità pubblica fu riprimetrato con specifico riguardo alla prevenzione delle malattie che destavano allarme sociale.

Viceversa, la cura della salute fu attribuita, oltre all'iniziativa individuale e all'assistenza pubblica per gli indigenti, anche ad un complesso di istituti pubblici (INAM, INPS ...) costituenti nel loro insieme l'ordinamento della previdenza (*cfr. infra "enti mutualistici"*).

Relativamente a quella che oggi definiamo l'assistenza sanitaria territoriale nell'ambito della medicina generale e del servizio di continuità assistenziale (S.C.A.), l'art. 55 TULS prevedeva a quel tempo che "*L'assistenza medico-chirurgica nel territorio del comune, dove non risiedono medici e levatrici liberi esercenti, è fatta da almeno un medico-chirurgo condotto e da una levatrice condotta, residenti nel comune e da esso stipendiati, con l'obbligo della cura gratuita dei poveri.*" *Mutatis mutandis*, un sistema di livello comunale antesignano del *network* composto da medico curante (medico di medicina generale - M.M.G. - e pediatra di libera scelta - P.L.S. -), guardia medica (S.C.A.), punto nascita.

Il TULS, ai successivi artt. 192 e 193, stabiliva nel primo, relativamente all'assistenza sanitaria negli ospedali, che la specifica disciplina di tali servizi sanitari sarebbe stata disciplinata singolarmente dalle rispettive amministrazioni ma secondo le norme generali da emanarsi successivamente con decreto reale; nel secondo, che nessuno potesse aprire o mantenere in esercizio ambulatori, case o istituti di cura medico-chirurgica o di assistenza ostetrica, gabinetti di analisi per

il pubblico a scopo di accertamento diagnostico, case o pensioni per gestanti, senza speciale autorizzazione del prefetto, il quale l'avrebbe concessa dopo aver sentito il parere del consiglio provinciale di sanità<sup>9</sup>.

In applicazione del prefato art. 192 TULS, poco prima dello scoppio del conflitto mondiale di metà XX secolo, veniva emanato il R.D. 30/09/1938 n. 1631 rubricato "*Norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali*" che potrebbe essere definito il primo intervento legislativo strutturato in tema di Istituti di cura in quanto li classificava secondo due specifiche tipologie di opifici sanitari:

- gli Ospedali (che "*provvedono alle cure medico-chirurgiche, ostetrico-ginecologiche, pediatriche e specializzate*"),
- le Infermerie ("*che accolgono malati che non hanno bisogno di cure specializzate e di interventi chirurgici di particolare importanza*) distinguendosi a loro volta in Infermerie per malati acuti, per convalescenti (convalescenziari) e per malati cronici (cronicari).

Pertanto, in tale periodo storico, la diversità tra i livelli di cura ruotava attorno al diverso livello di specializzazione degli Istituti di cura, mentre le fasi croniche delle patologie sembravano essere affezioni che non abbisognavano di assistenza specializzata in quanto trattate dalle Infermerie. Approccio questo che, come verrà approfondito meglio nella Sezione n. 4 dedicata al nuovo assetto organizzativo del SSR del Friuli Venezia Giulia, verrà diametralmente sovvertito nell'ambito delle intenzioni pianificatorie tese, viceversa, a garantire adeguate risposte alle patologie di lunga durata.

## **2. Il primo traguardo nella cura della salute (la Costituzione repubblicana e gli Enti Ospedalieri).**

La Costituzione italiana repubblicana (1948) contiene almeno tre disposizioni attinenti al "*diritto alla salute*":

- nel Titolo II, dedicato ai "*Rapporti Etico-Sociali*", l'art. 32 (comma 1) secondo cui "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti ...*";

- nel Titolo III, dedicato ai "*Rapporti Economici*", l'art. 38 (comma 2) secondo cui "*I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria*";
- nel Titolo V, dedicato a "*Regioni, Province, Comuni*", l'art. 117 secondo cui "*La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ... beneficienza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera ...*".

\* \* \*

Tale ultima norma costituzionale, diversamente dalle prime due che ad oggi ci sono pervenute immutate, è stata oggetto di sostanziali modifiche a cura della L. Cost. n. 3/2001 avente ad oggetto "*Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*".

Nel testo originario del 1948 la tecnica giuridica utilizzata al fine della distinzione fra la legislazione esclusiva dello Stato e quella concorrente Stato/Regioni era caratterizzata dalla circostanza che alla seconda delle due era riservata, *expressis verbis*, un nucleo ristretto e tassativo di materie, tra cui la "*beneficienza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera*", con la conseguenza che tutte le materie ivi non citate erano di esclusiva competenza statale.

Alla luce di quanto finora esposto in tema di oblazione che, *ab origine*, era il metodo di finanziamento delle cure sanitarie, non dovrebbe sorprendere che il legislatore costituzionale del 1948 avesse ritenuto di "accomunare" la beneficienza all'assistenza sanitaria.

A seguito della novella apportata nel 2001 all'art. 117 Cost., il rapporto tra legislazione esclusiva dello Stato e legislazione concorrente tra Stato e Regioni è stato di fatto "invertito" poiché in seno al nuovo e vigente comma 2 sono elencate le specifiche attività legislative di competenza esclusiva dello Stato - lettere da a) a s) - mentre al successivo comma 3 sono identificate quelle a partecipazione concorrente Stato/Regione, ed al comma 4 è statuito, a chiusura del sistema, che "*spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*".

Tale novella ha comportato l'introduzione, in materia sanitaria, della previsione secondo cui "*lo Stato ... determina ... i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*" (comma 2 lett. m) mentre "*sono materie di legislazione concorrente quelle relative (alla) ... tutela della salute ...*" (comma 3). Ciò ha provocato un'estensione dei compiti costituzionalmente assegnati alla Pubblica Amministrazione che da opere svolte nei confronti di chi abbisogna di cure (assistenza sanitaria e ospedaliera



1948 - 2001) diventano azioni da svolgere in funzione proattiva, non meramente reattiva, poste a salvaguardia della salute dei cittadini (dal 2001 tutela della salute).

\* \* \*

Esaminato il *work in progress* subito dall'art. 117 Cost., è ora necessario dedicare alcune riflessioni alle altre due summenzionate disposizioni di fonte superprimaria che, come detto, ad oggi ci sono giunte immutate.

La prima delle due, quella *ex art. 32 Cost.*, "*è rimasta per lungo tempo lettera morta e la sua concreta operatività la si deve innanzitutto all'intervento dei giudici*"<sup>10</sup>.

A confermare tale inattività è intervenuta anche la Consulta che, sottolineando il valore primario assegnato al "*diritto alla salute*" dall'art. 32 Cost., ha evidenziato che alla sua tutela si è provveduto con la legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 (*cf.* sentenza Cost. 559/1987). Prosegue il *dictum* del Giudice delle leggi affermando che "*nell'ambito, poi, della generale garanzia assicurata a tutti i cittadini, una tutela privilegiata spetta ai lavoratori, nei cui confronti essa si svolge tanto sotto il profilo sanitario che sotto quello economico, in quanto vanno ad essi assicurati, in caso di infortunio, malattia o invalidità, mezzi adeguati alle loro esigenze di vita (art. 38, 2° comma, Cost.)*".

Prendendo lo spunto da tali due garanzie costituzionali, poste a difesa l'una di tutti i cittadini e l'altra dei cittadini lavoratori, si potrebbe affermare che il sistema delineato nell'art. 32 Cost. rappresenti, seppur nella sua estrema sinteticità ma così densa di significati e contenuti, un "*modello Beveridgiano*" di stato sociale in tema di sanità. Modello che verrà compiutamente realizzato dal legislatore ordinario statale italiano soltanto trent'anni dopo l'approvazione della Costituzione repubblicana, con la già menzionata legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

\* \* \*

William Henry Beveridge of Tuggal effettuò per conto del governo inglese un'indagine molto estesa sui sistemi di assicurazioni sociali e sui servizi assistenziali ivi vigenti, con lo scopo di fornire sul tema proposte di riforma. Nel novembre 1942, egli presentò un rapporto conclusivo, noto come "*Piano Beveridge*", il quale proponeva un'importante novità: estendere la protezione a tutti i cittadini, indipendentemente dai contributi versati e dall'esistenza di uno stato di bisogno. In applicazione di tale proposta, il sistema veniva introdotto in Gran Bretagna con passaggio dalle "*assicurazioni sociali*" alla "*sicurezza sociale*" il che conduceva alla creazione del "*National Health Service*" (NHS) Ente a cui, successivamente, si ispirerà il SSN italiano.

\* \* \*

Nel trentennio in cui il disegno universalistico contenuto nell'art. 32 Cost. rimase di fatto disapplicato, al fine dell'applicazione del "*diritto alla salute*", che, comunque, doveva essere garantito ai cittadini, venne in soccorso quanto previsto all'art. 38 comma 2 Cost. il cui precetto rappresenta nei suoi contenuti un "*modello bismarckiano*" di stato sociale in tema di sanità ed il cui funzionamento era basato su un sistema di "*assicurazioni sociali*". Tale modello si contrappone a quello *beveridgiano* e prende il nome dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck che introdusse, sul finire del secolo XIX, la prima forma di "*assicurazione sociale*" per i lavoratori dell'industria. Centrale è il principio secondo il quale le prestazioni previdenziali sono finanziate esclusivamente mediante la contribuzione versata dai lavoratori che ne saranno poi i destinatari ultimi assieme ai familiari.

In tal modo, il modello di sistema assistenziale sanitario ed ospedaliero pensato dai Padri costituenti veniva inizialmente imperniato dal Legislatore ordinario su "*enti mutualistici*" o "*casse mutue*", tra i quali (forse) il più notorio era l'*Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie* (INAM) istituito con l. n. 138/1943<sup>11</sup>.

In generale, ciascun "*ente mutualistico*" era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente ad esso iscritti e, in questo modo, potevano fruire dell'assicurazione sanitaria, posta a copertura dei costi assistenziali, finanziata con i contributi versati congiuntamente dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il "*diritto alla salute*" era correlato, quindi, non all'essere cittadino ma all'essere cittadino-lavoratore, non vigendo ancora, pertanto, un principio universalistico ancora di là da venire (1978), con possibili conseguenti casi di mancata copertura.

\* \* \*

I due summenzionati sistemi di *welfare state* sanitario, oltre al diverso bacino di utenza (cittadini *versus* cittadini lavoratori), si distinguono per un'altra peculiarità ovvero la posizione del terzo pagatore (o terzo pagante, "*third party payor*") rispetto al rapporto tra fornitore sanitario e soggetto fruitore dell'assistenza. Il terzo pagante è il soggetto finanziatore che si sostituisce al soggetto fruitore nel pagamento dei costi delle cure ricevute e può essere una assicurazione (che agisce sulla base del premio ricevuto dall'assicurato - art. 1832 c.c. -), un "*ente mutualistico*" (che agisce sulla base dei contributi versati dal lavoratore) o un'Azienda Sanitaria Locale (sulla base della fiscalità generale, ciò nel caso specifico del SSN italiano).

I sistemi sanitari basati sul modello "*Bismarck*" e, quindi, sulle "assicurazioni sociali" vedono la compresenza di tre tipologie di soggetti: 1) i fruitori che ricevono l'assistenza sanitaria (i cittadini lavoratori); 2) una moltitudine di organizzazioni di assicurazione (come ad esempio le *Krankenkassen* ovvero le "casse mutue" operanti nel sistema sanitario tedesco) che ne sostengono i costi a fronte dei contributi versati; 3) gli operatori sanitari che erogano l'assistenza. I soggetti *sub* 2) e 3) sono caratterizzati dal fatto di essere reciprocamente indipendenti.

Diversamente, i sistemi "*Beveridge*" vedono la presenza di due soli soggetti. Infatti, il finanziamento e la fornitura delle cure sanitarie, nei confronti dei fruitori delle prestazioni, sono gestite all'interno di uno stesso sistema organizzativo come ad esempio nel caso del NHS del Regno Unito e del SSN italiano.

Da più di mezzo secolo, in particolare dal momento della costituzione del NHS britannico<sup>12</sup> ovvero il più grande sistema sanitario *beveridgiano* in Europa, vi è stato intenso dibattito sui relativi meriti dei due prefati idealtipi sanitari.

Ciò dipende dalla primaria circostanza che tutti i sistemi sanitari mondiali, indifferentemente in quale modello essi rientrano, *beveridgiano* oppure *bismarckiano*, condividono a tutt'oggi uno stesso problema ovvero quale soluzione tecnico-finanziaria adottare per incanalare e governare quella cospicua fetta di reddito nazionale, pari di norma ad un *range* quantificabile attorno all'8% - 11% del prodotto interno lordo (P.I.L.)<sup>13</sup>, da spendere nella gestione dei servizi sanitari.

Una possibile risposta a tale quesito è stata fornita di recente dall'*European Health Consumer Index* (EHCI) che è uno *standard* di misurazione della sanità europea<sup>14</sup>. Il calcolo dell'indice EHCI permette di classificare, ad oggi, 34 sistemi sanitari nazionali europei attraverso (oramai) 48 diversi indicatori, coprendo 6 aree chiave per il consumatore di sanità (in parentesi il numero degli indicatori dedicati):

- "*Informazione e diritti dei pazienti*" (12);
- "*Accessibilità/Tempi di attesa per i trattamenti*" (6);
- "*Esiti*" - meglio noti come "outcome" - (7);
- "*Gamma e ambito dei servizi*" (8);
- "*Prevenzione*" (8);
- "*Farmaci*" (7).

Metodologicamente, l'indice viene redatto combinando i risultati di statistiche pubbliche, sondaggi tra i pazienti e ricerche indipendenti condotte dal suo Ente fondatore, il *think tank* svedese *Health Consumer Powerhouse*.

Già in occasione del suo primo *Report* relativo all'anno 2005, calcolando l'EHCI per un primo *panel* composto da 12 stati europei, era stato osservato che "*in generale, i Paesi che hanno una lunga tradizione di pluralismo sia nei finanziamenti che nelle prestazioni sanitarie, vale a dire con scelta del consumatore tra i diversi fornitori di assicurazione<sup>15</sup>, che a loro volta non fanno discriminazioni tra i diversi operatori sanitari, i quali possono appartenere al private for-profit, non-profit o al settore pubblico, presentano caratteristiche comuni, non solo nella situazione delle liste d'attesa ...* "

Guardando i risultati desumibili dai *Report* successivi a quello del 2005, si nota che il *top* del *ranking* (in ordine decrescente, anno 2012: Olanda, Svizzera, Islanda, Danimarca, Norvegia, Belgio, Germania, Lussemburgo, Francia, Finlandia ...) era costituito, *in primis*, da Paesi con sistema *bismarckiano* e, quindi, da Paesi nordici con sistema *beveridgiano* in quanto caratterizzati, però, da popolazione limitata, circostanza dimensionale che permetterebbe una più facile gestione del sistema sanitario. I Paesi contraddistinti da grandi sistemi sanitari *beveridgiani* (quali il Regno Unito, 14°, e l'Italia, 21°), invece, sembrerebbero avere difficoltà a raggiungere nel loro complesso livelli di eccellenza, posizionandosi in mezzo dell'Indice. Il *Report* EHCI così motiva il rapporto di supremazia tra i due modelli:

***BBB; Bismarck Beats Beveridge*** – *now a permanent feature The Netherlands example seems to be driving home the big, final nail in the coffin of Beveridge healthcare systems, and the lesson is clear: remove politicians and other amateurs from operative decision-making in what might well be the most complex industry on the face of the Earth: Healthcare! Beveridge systems seem to be operational with good results only in small population countries such as Iceland, Denmark and Norway.*

\* \* \*

Ritornando alla fase storica analizzata nella presente Sezione (1948 - 1978), è d'uopo sottolineare che solo con la l. 13-3-1958 n. 296 veniva istituito, per la prima volta in Italia, il Ministero della Sanità incorporandolo dal Ministero dell'Interno che fino a quel momento aveva vigilato sull'assistenza sanitaria.

È il 1968, però, l'anno di svolta che permette di raggiungere un primo ed importante traguardo nell'ottica applicativa (seppur ancora parziale) dell'art. 32 Cost. Infatti, grazie alla l. n. 132 (c.d. legge "*Mariotti*") veniva riformato il sistema degli ospedali, fino ad allora per lo più gestiti da enti di assistenza e beneficenza, trasformandoli in enti pubblici (gli "*Enti Ospedalieri*", affiancati da ospedali psichiatrici e IRCCS, nonché da case di cura private) nonché disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale, il finanziamento.

Tale secondo intervento legislativo (dopo quello contenuto nel TULS del 1938), in tema di classificazione dell'elemento soggettivo nell'ambito della cura della salute, provvedeva ad identificare gli "*Enti Ospedalieri*" (art. 20 e segg.) in:

- "*Ospedali Generali*", a loro volta classificabili in ospedali di zona, provinciali, regionali, a seconda della crescente dotazione di Divisioni ospedaliere e, relativamente a quelli regionali, il bacino di utenza servito doveva essere non inferiore ad un milione di abitanti;
- "*Ospedali Specializzati*", a loro volta classificabili in ospedali provinciali e regionali, sulla base dell'organizzazione tecnica, della dotazione strumentale diagnostica e terapeutica e delle caratteristiche della specializzazione;
- "*Ospedali per lungodegenti e per convalescenti*" a loro volta classificabili in ospedali di zona e provinciali.

Ampliando la tassonomia ospedaliera contenuta nel TULS, la riforma "*Mariotti*", oltre ad introdurre un elemento territoriale nella categorizzazione degli "*Enti Ospedalieri*" (di zona, provinciali, regionali), inseriva nel sistema ospedaliero una ancor più esplicita differenziazione tra i diversi stadi delle affezioni distinguendoli a seconda del "*fabbisogno dei posti-letto distinti per acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti*" (art. 29 "*Piano sanitario regionale*").

Dalla lettura combinata delle norme in esame, poiché a seguito della riforma Mariotti erano previsti espressamente "*Ospedali per lungodegenti e per convalescenti*", risulta che le due restanti tipologie di ospedali, generali e specializzati, avrebbero dovuto comprendere posti letto sia per malati acuti che per malati cronici.

In tal modo, sembra che il legislatore del 1968 avesse ritenuto di spostare le patologie croniche dal solo ambito non specializzato delle "Infermerie" a quello generale/specializzato degli Ospedali.

Utile e significativo l'insegnamento contenuto nella sentenza Corte cost., 02-06-1977, n. 103 che con poche ma preziose argomentazioni riesce a sintetizzare quanto finora riportato:

*Cardine della riforma, che con la richiamata normativa si è inteso attuare [la legge n. 132 del 1968 e i decreti emanati in attuazione della delega con essa conferita al Governo, N.d.R.], appare la posizione profondamente diversa dal passato, riconosciuta all'infermo, cittadino o straniero, che abbisogni di ricovero e cure.*

*L'ammalato, invero, non è più accolto nel nosocomio sotto il segno di un'assistenza filantropico-caritativa, che ha pure le sue storiche benemerenzze, ma nella cui prospettiva trova collocazione, quasi come doverosa contropartita delle elargite cure, anche la sua eventuale utilizzazione, da vivo o da morto, ad oggetto di osservazione scientifica e didattica.*

*In attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell'individuo dall'art. 32 della Costituzione (sent. n. 21 del 1964 e sent. n. 149 del 1969), l'infermo assurge, nella novella concezione dell'assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati, e che in ciò trovano la loro stessa ragion d'essere.*

*All'assolvimento del servizio, in cui si concreta l'assistenza ospedaliera pubblica, il legislatore ha inteso mobilitare non soltanto tutti gli enti ospedalieri, ma anche gl'istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le cliniche e gl'istituti universitari, dichiarandoli soggetti, per la parte, appunto, assistenziale, alla disciplina unitaria della stessa legge di riforma (art. 1, comma secondo e terzo, legge n. 132 del 1968); e prevedendo l'emanazione di norme delegate per la disciplina dell'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e degl'istituti universitari di ricovero e cura (art. 40, n. 2, della legge n. 132 del 1968).*

In relazione agli Enti ospedalieri, è d'uopo segnalare, in funzione di premessa a quanto si dirà nell'ambito della sezione n. 5 conclusiva dello scritto, che il DPR n. 601 del 1973 rubricato "Disciplina delle agevolazioni tributarie", prevedeva (e tutt'oggi prevede) all'art. 6 in tema di "Riduzione dell'imposta sul reddito delle persone giuridiche" una parziale esenzione dall'IRPEG (recte IRES) ovverosia la sua riduzione a metà nei confronti degli "Enti Ospedalieri" purché dotati di personalità giuridica.

### **3. La pietra miliare nella tutela della salute (SSN e Unità Sanitarie Locali).**

La "*tutela della salute*", cioè non semplicemente la "*cura della salute*" come sinteticamente delineata nella sezione precedente, è concetto relativamente recente (*cfr. ut supra*, artt. 32 e 117 Cost.) che accoglie al suo interno le complessive attività di "*prevenzione, cura e riabilitazione*" degli individui odiernamente perseguite dai moderni sistemi sanitari mondiali.

Il significato oggettivo di salute ha subito nel corso del tempo evoluzioni, cadenzate periodicamente dalle diverse definizioni che di essa ha elaborato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), organismo incardinato nell'Organizzazione delle Nazioni Unite<sup>16</sup>. A cominciare dalla definizione contenuta nell'Atto Costitutivo dell'OMS<sup>17</sup> secondo la quale "*la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità*" (1946), che è successivamente evoluta, passando attraverso la definizione contenuta nella Dichiarazione di Alma-Ata<sup>18</sup> (1978), nella definizione diffusa dalla Carta di Ottawa<sup>19</sup> (1986) secondo cui la salute si caratterizza per essere fondata su un processo di promozione della salute stessa, per essere una risorsa del vivere quotidiano e non un obiettivo di vita, e, infine, per dipendere dalla realizzazione delle aspirazioni, dal soddisfacimento dei bisogni e dall'interazione con l'ambiente dell'individuo sia quale singolo sia quale componente di formazioni sociali.

Si nota, prima di tutto, come alla base del concetto odierno di salute sia ritenuto fondamentale il processo di promozione che interessa trasversalmente non solo il settore della salute ma anche tutti i settori sociali coinvolti nella predisposizione del benessere e di stili di vita salutari, ognuno con le proprie responsabilità (*welfare state*). Solo sulla base di questo presupposto è plausibile che la salute accompagni l'individuo giorno dopo giorno e, quindi, come interesse quotidiano dell'esistenza e non come suo fine<sup>20</sup> ultimo. Allora, il "*diritto alla salute*" dell'uomo non dovrebbe essere limitato né da confini geografici né, successivamente alla loro eliminazione grazie, *in primis*, all'allargamento del territorio comunitario dell'Unione Europea, da confini forse ancor più costrittivi rappresentati da barriere legislative o amministrative nazionali<sup>21</sup>.

Dunque, come già sottolineato in precedenza, solo con la l. n. 833/1978 veniva data sostanziale applicazione all'art. 32 Cost. mettendo, così, pienamente in atto un modello sanitario *beveridgiano*, attraverso l'istituzione del SSN, in sostituzione di quello basato sulle "*assicurazioni sociali*".

Il principale apporto di questa epocale riforma è stato quello di "*abbandonare la disparità di trattamento e la limitatezza degli interventi che contraddistingueva il sistema delle mutue, per definire un vero e proprio servizio pubblico sanitario, caratterizzato da principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, che intendono assicurare - a differenza di quanto*

*avveniva precedentemente - la prevenzione delle malattie e l'accesso dei cittadini alle cure in condizioni di equità ed uniformità*"<sup>22</sup>.

La definizione dell'oggetto e dei "soggetti attuatori" del SSN sono contenuti, rispettivamente, nel primo e secondo periodo dell'articolo 1 "I principi", comma 3, della l. n. 833/1978, là dove il legislatore nazionale ha stabilito che:

- *Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.*
- *L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.*

In applicazione di quello che potrebbe essere definito un principio di sussidiarietà<sup>23</sup> in materia sanitaria, i "soggetti attuatori" del SSN (tra i quali non compaiono esplicitamente le Unità Sanitarie Locali, per il motivo che appresso si evidenzierà) sono:

- lo Stato che con approccio programmatico doveva (e deve) redigere il Piano Sanitario Nazionale;
- le Regioni che in tale solco dovevano (e devono) inserirsi dandone attuazione mediante la redazione dei singoli Piani (Socio-)Sanitari Regionali,
- gli Enti locali ed in particolare i Comuni che si caratterizzavano (fino al riordino del 1992) per essere una sorta di "contenitori istituzionali" delle USL in quanto queste ultime, non godendo, *in illo tempore*, di una propria autonomia giuridico-gestionale, erano incardinate nell'organizzazione comunale. In realtà, ancorché le USL non comparissero esplicitamente nella norma in esame tra i soggetti attuatori, erano proprio loro, quali enti operativi comunali, i soggetti ultimi deputati a dare attuazione sostanziale al SSN nell'ambito territoriale di competenza. Infatti, l'Unità sanitaria locale era identificata quale complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, mentre il complesso di tutte le USL si definiva (e si definisce) una rete completa finalizzata all'uniforme tutela della salute sull'intero territorio nazionale (art. 10 della l. n. 833/1978).



In occasione della creazione del SSN, si assistette, quindi, a due specifiche implicazioni:

- da un lato, l'obbligo per i Comuni di erogare l'assistenza sanitaria attraverso l'imprescindibile modulo organizzativo imperniato sulle USL,
- dall'altro, il superamento della riforma ospedaliera della legge Mariotti con integrazione dell'ospedale quale articolazione interna dell'USL in quanto, oltre ad una vasta serie di altri compiti, la legge in esame attribuiva alle Unità sanitarie locali quello dell'assistenza ospedaliera.

All'inizio degli anni '90, ed è storia recente, si rese indispensabile un riordino del SSN che avvenne attraverso l'impulso normativo contenuto nella legge delega n. 421 del 23 ottobre 1992, nota perché con essa il Parlamento affidò al Governo una serie di attività legislative non limitate alla sola materia sanitaria. L'esercizio della delega diede origine ai seguenti decreti (in ordine temporale):

- D. Lgs. 30-12-1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria ...”*;
- D. Lgs. 30-12-1992, n. 503 *“Norme per il riordinamento del sistema previdenziale dei lavoratori privati e pubblici ...”*;
- D. Lgs. 30-12-1992 n. 504 *“Riordino della finanza degli enti territoriali ...”* con introduzione dell'Imposta comunale sugli immobili;
- D. Lgs. 03-02-1993, n. 29 *“Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego ma anche revisione della disciplina in materia di pubblico impiego ...”* (da cui vedrà la luce il vigente TUPI - testo unico del pubblico impiego - D. Lgs. 165/2001);
- D. Lgs. 12-02-1993, n. 39 *“Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni ...”*
- D. Lgs. 30-06-1993, n. 269 *“Riordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ...”*.

In particolare, con la delega contenuta all'art. 1 *“Sanità”* della l. 421/1992, l'intendimento del Parlamento era quello di modificare l'ordinamento del settore della salute mediante l'indicazione dei seguenti criteri direttivi che dovevano guidare l'attività del legislatore delegato:

- definire i principi organizzativi delle unità sanitarie locali come **aziende infra-regionali con personalità giuridica** ... stabilendo che esse abbiano propri organi di gestione e prevedendo un direttore generale ...;
- stabilire i criteri per le individuazioni degli **ospedali di rilievo nazionale** e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari, e degli ospedali in ogni regione destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, **ai quali attribuire personalità giuridica e autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica** ...;
- prevedere il **trasferimento alle aziende infra-regionali e agli ospedali** dotati di personalità giuridica e di autonomia organizzativa **del patrimonio mobiliare e immobiliare già di proprietà dei disciolti enti ospedalieri e mutualistici** che alla data di entrata in vigore della presente legge fa parte del patrimonio dei comuni ....

Ciò che la legge istitutiva del SSN aveva inteso strutturare nel 1978, accorpando gli "Enti Ospedalieri" nell'ambito delle USL prive di autonomia in quanto bracci operativi dei Comuni, il decreto di riordino del 1992 disaggregava - senza, peraltro, rinnegare i principi ispiratori della riforma del 1978 che tuttora rimangono vigenti - sulla base di tre fondamentali *key-word*:

- "aziende"
- "infra-regionali"
- "con personalità giuridica".

In tema di aziende e, più latamente, di "*processo di aziendalizzazione*", come è stato definito il riordino del SSN implementato nel 1992, è chiarificatore il contributo offerto in tal senso dal primo rapporto redatto dall'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano<sup>24</sup>.

*“Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato oggetto, tra i settori delle Amministrazioni Pubbliche del nostro Paese, di una delle maggiori e più profonde operazioni di modernizzazione. È, infatti, con il Dlgs 502/92, successivamente integrato e modificato con i Dlgs 517/93 e 229/99, che si è avviato un radicale processo di ridefinizione e riallocazione delle responsabilità in materia di governo e gestione del sistema sanitario. Il processo di modernizzazione e decentramento in parola è stato denominato, impropriamente, di «aziendalizzazione» in quanto per la prima volta, nei provvedimenti citati, viene riconosciuto tale attributo alle organizzazioni sanitarie pubbliche.*

*Nei Dlgs 502/92 e 517/93, con riferimento alle Unità sanitarie locali ed alle Aziende ospedaliere, si stabilisce che esse sono aziende dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Il Dlgs 299/99, sullo stesso tema,*

*stabilisce che le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. Si osserva peraltro che tale attributo non deriva dalle norme ma dalla natura di uno specifico organismo che, essendo dotato di certe caratteristiche, è implicitamente un'azienda. Le organizzazioni sanitarie, pertanto, erano aziende anche prima del Dlgs 502/92 così come erano aziende le organizzazioni sanitarie preesistenti alla legge 833/78 che ha istituito il SSN. ”*

La valenza infraregionale e la personalità giuridica, conferite dal riordino del SSN alle aziende sanitarie, riguardano entrambe la circostanza che, da una parte, le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera venivano trasferite dai Comuni alle Regioni (assegnando a queste ultime anche quelle legislative), mentre, d'altro canto, l'autonomia in tema di organizzazione e di funzionamento delle aziende sanitarie veniva comprovata e attestata dalla previsione di un Atto aziendale di diritto privato.

In buona sostanza, il riordino del SSN attuato con il D. Lgs. 502/1992 aveva come obiettivi primari la volontà sia di ridare efficienza al sistema che di contenere la spesa sanitaria.

I punti qualificanti di tale riordino, come successivamente modificato e integrato - anche se non solo - dai D. Lgs. 517/1993 e 229/1999, sono rappresentati, oltre dalla regionalizzazione, dal mutamento della natura giuridica delle USL e dallo scorporo di alcuni grandi ospedali (gli altri restando presidi ospedalieri interni alle ASL), anche dai seguenti quattro ulteriori aspetti:

- nuovi organi di gestione e nuova disciplina di contabilità di tipo economico-patrimoniale informata ai principi contabili civilistici<sup>25</sup> in sostituzione di quella finanziaria;
- rilancio della programmazione con tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità onde consentire analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- un differente sistema di finanziamento dei servizi basato su tariffe (*Diagnosis Related Group*, nomenclatori tariffari *etc.*);
- regime di erogazione delle prestazioni con “competizione” tra strutture pubbliche e private (in tale senso si parla di *quasi-market*) attraverso il sistema dell'accreditamento.

#### **4. SSR del Friuli Venezia Giulia: verso un nuovo assetto organizzativo (dalla diarchia ASL/AO agli AAS).**

Con la L.R. Friuli Venezia Giulia 11 novembre 2013, n. 17 avente ad oggetto "*Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale*", in

conformità ai postulati contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono stati definiti i propositi ritenuti imprescindibili al fine di addivenire ad un complessivo riassetto istituzionale e organizzativo del SSR in modo che, sulla base di un successivo intervento legislativo (*cf. infra amplius ddr*), possa essere definito il nuovo *network* regionale a tutela della salute dei cittadini.

Tra le finalità individuate nella cit. legge regionale FVG del 2013 vi sono quelle "*di favorire il superamento della frammentazione e della duplicazione delle strutture organizzative esistenti, anche attraverso processi di aggregazione in dipartimenti e di integrazione operativa e funzionale*", nonché di "*perseguire l'appropriata integrazione tra l'ospedale, l'assistenza primaria e quella territoriale*" proprio al fine di "*semplificare il sistema istituzionale e organizzativo*". Mentre uno dei principi cardine è stato individuato nel "*garantire risposte adeguate alle patologie di lunga durata*".

Sulla base dei criteri ivi esposti, a metà aprile 2014, la Giunta regionale della Regione Autonoma del Friuli Venezia Giulia (FVG) rendeva pubblico un documento avente ad oggetto "*Introduzione alla riforma del Servizio Sanitario Regionale*"<sup>26</sup>. Nelle sue premesse, sulla base di una apposita ricognizione effettuata sullo stato dei principali adempimenti nazionali propedeutici all'avvio della riforma medesima, si dava conto di una situazione sanitaria regionale che risultava essere caratterizzata anche da criticità e ritardi.

Per quanto riguarda l'aspetto epidemiologico regionale, la nota di intenti in analisi osservava, tra le varie situazioni rilevate:

- una bassa natalità con conseguente crescita naturale negativa, solo parzialmente compensata da quella migratoria,
- un aumento del numero di persone viventi con malattie croniche a causa dell'invecchiamento della popolazione e dei progressi nei processi di diagnosi e cura delle malattie.

Anche per questo motivo, secondo la Giunta regionale, "*se fino a dieci quindici anni fa parlare di sanità evocava immediatamente l'immagine di un reparto ospedaliero, di una sala operatoria, di una struttura Ospedaliera, alla quale si faceva ricorso per il problema acuto che si evidenziava, subiva un trattamento e poi si concludeva, oggi ha aspetti multidimensionali diversificati e soprattutto molto spesso con caratteristiche non di temporaneità ma di perduranza nel tempo. Oggi questa è definita cronicità, fenomeno conseguente all'allungamento della vita.*"

In un'ottica di ragionamento e di decisioni da prendersi sulla spesa sanitaria, il documento regionale in esame esplicitava un'ulteriore ed essenziale premessa affermando che "*nei paesi industrializzati,*

*aumentare la spesa sanitaria non significa affatto ottenere un miglioramento di salute. La sanità è infatti solo uno dei determinanti della salute e tutti gli studiosi concordano che il suo effetto è minore rispetto agli altri (stile di vita, ambiente socio-economico, patrimonio genetico). Per un paese avanzato come l'Italia i dati mostrano che spesso aumenti di spesa sanitaria garantiscono solo le logiche interne della sanità; hanno effetti trascurabili sulla salute e anzi sono oggettivo ostacolo alle esigenze di cambiamento, garantendo l'assetto vigente, cioè una composizione dimensionata su vecchie esigenze di salute e sulla tutela di corporazioni e interessi concentrati".*

In questo modo, il documento regionale sottolineava la primaria esigenza, teleologicamente collegata alla tutela della salute, di supportare e sostenere da parte della collettività una adeguata qualità della vita di ogni individuo, proprio nel solco di quanto affermato nella Carta di Ottawa (*cfr. ut supra*) secondo cui "*Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being*".

Gli specifici *focus* su cui il documento regionale di riforma sanitaria dichiarava espressamente di concentrarsi sono i seguenti:

- 1) elevata qualità delle prestazioni sanitarie,
- 2) miglioramento degli *outcomes*,
- 3) estensione della soddisfazione dei cittadini,
- 4) sostenibilità economica.

Per meglio illustrare la predetta enucleazione degli aspetti ritenuti determinanti per riorganizzare l'offerta sanitaria regionale, è possibile esporre le seguenti considerazioni.

In tema di qualità prestazionali (*sub* 1), è d'ausilio richiamare la Direttiva 2011/24/UE<sup>27</sup> concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, che può essere definita la realizzazione di una "*Schengen sanitaria*" in quanto applicabile all'interno di tutto il territorio comunitario. In tale atto normativo, la parola qualità compare 35 volte, il che attesta la sua fondamentale importanza in abbinamento con la tutela della salute. Il primo utilizzo del termine avviene nell'ambito del Considerando n. 4 secondo cui " ... *gli Stati membri sono comunque tenuti sul loro territorio a prestare ai cittadini un'assistenza sanitaria sicura, di qualità elevata, efficiente e quantitativamente adeguata*".

Il binomio "qualità ed efficienza" in tema di assistenza permette di effettuare un collegamento con la sostenibilità economica (*sub 4*) che a sua volta rammenta il rapporto che deve instaurarsi tra gestione amministrativa e sanità.

Se Cilione (2003) evoca un'immagine ampiamente suggestiva quando afferma che *“l'autonomia imprenditoriale fa di ogni azienda sanitaria pubblica un'impresa sanitaria istituzionalmente orientata al raggiungimento di risultati non economici ma condizionata nel suo operare da precisi processi economici”*<sup>28</sup>, Borgonovi e Tarricone (2012) segnalano, disvelando il meccanismo del modello aziendalistico applicato alla sanità italiana, sia che *«la tutela della salute è il fine, il funzionamento dei sistemi e delle aziende il mezzo»* sia che *«non si parte dall'equilibrio di bilancio per razionalizzare la spesa»*, ma che *«si parte da una assistenza appropriata dal punto di vista medico-scientifico, rispondente all'esigenza unitaria della persona come soggetto di relazioni (qualità degli outcome o degli esiti dell'assistenza), si passa attraverso una efficace organizzazione e un uso efficiente delle risorse, per arrivare ad un equilibrio di bilancio sostenibile»*<sup>29</sup>.

La stessa giurisprudenza della Corte Costituzionale (n. 218/1994) ha rilevato una sorta di interdipendenza sequenziale tra diritto alla salute e sostenibilità economica affermando che *"il diritto alla salute è un diritto erga omnes, immediatamente garantito dalla Costituzione ... nello stesso tempo ... considerato sotto il profilo del diritto ai trattamenti sanitari, il diritto alla salute è soggetto alla "determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione" della relativa tutela da parte del legislatore ordinario"*.

Nel diritto positivo, poi, sono presenti, almeno, due norme, aventi fonte e inquadramento temporale diversi, che presentano un evidente effetto a livello della sostenibilità economica (anche) in campo sanitario. In senso decrescente:

- la l. cost. 1/2012 che ha introdotto il principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale a decorrere dall'esercizio finanziario dell'anno 2014. In particolare, il legislatore costituzionale ha previsto che *"le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione Europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico"* (art. 97 comma 01 Cost.) e che *"... le Regioni ... nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci ... concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione Europea"* (art. 119 comma 1 Cost.). Equilibrio analogamente statuito per il bilancio dello Stato (art. 81 comma 1 Cost.), nei cui confronti, però, è prevista una clausola di salvaguardia rappresentata dalla possibile

presenza di fasi avverse del ciclo economico durante le quali l'equilibrio finanziario può essere violato (*cfr.*, *mutatis mutandis*, art. 119 comma 6 Cost. per le Regioni);

- *"il d. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (che) canonizza all'art. 1, comma 2, i principi di economicità, efficacia ed efficienza. Grande importanza assume il principio di economicità che, posto dall'art. 1 comma 1, l. 7 agosto 1990, n. 241, è stato specificato nel settore sanitario secondo cui "Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche ... in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse" ... Il principio di economicità si salda ... al principio di efficacia ... nella sintesi unitaria del buon andamento prescritto dall'art. 97 Cost."*<sup>30</sup>.

In Borgonovi e Tarricone (cit. 2012), la combinazione di "qualità ed efficienza", quale deve osservarsi nell'assistenza transfrontaliera, si allarga anche a trinomio nel momento in cui vi affianca gli "esiti assistenziali".

Relativamente agli *outcomes* (*sub 2*) e alla più estesa soddisfazione dei cittadini (*sub 3*), si potrebbe affermare che essi sono due momenti della stessa realtà fattuale ma rilevati da due prospettive diverse: la prima attiene al risultato sanitario complessivo determinato, a livello individuale, dalla prestazione fruita dai singoli pazienti, mentre la seconda riguarda la capacità del sistema socio-sanitario di rispondere adeguatamente ai bisogni primari espressi in tale ambito dalla popolazione.

Le prestazioni sanitarie sono rese all'interno di processi aziendali che sono organizzati, a livello "micro", dalle Strutture afferenti all'Ente sanitario.

Come noto, qualsiasi processo aziendale può essere definito come un "*Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita*"<sup>31</sup> che, di norma, si pone in senso trasversale alle diverse funzioni osservabili nell'azienda.

Il processo inizia, dunque, con l'inevitabile attribuzione di *input* (risorse umane, materiali, finanziarie ... che in Sanità vengono assegnate annualmente ad ogni singola Struttura aziendale nel corso del ciclo di *budgeting*), risorse che vengono successivamente combinate tra loro mediante il compimento di attività a valore aggiunto - eventualmente stabilite in procedure o protocolli - finalizzate all'ottenimento di *output* (beni e/o servizi).

In maniera estremamente semplificata, al fine di connettere un processo aziendale ai suoi risultati assistenziali ed economici, è possibile accomunare:

- *input* di risorse ed economicità<sup>32</sup> dell'azione produttiva,
- "*interazione delle attività di processo*" ed efficienza tecnica<sup>33</sup>,
- *output* ed efficacia<sup>34</sup>.

In realtà, però, il processo aziendale nel settore sanitario non si interrompe con l'ottenimento dell'*output* in quanto il consumo del servizio da parte del paziente dà origine anche ad un *outcome* definibile come "*esito dell'assistenza*"<sup>35</sup>.

Mentre, però, la misurazione di *input* (le risorse) e *output* (i risultati ed i rendimenti) è caratterizzata da oggettività (ad esempio, la quantità di input consumati e valorizzati attraverso il loro costo; il volume degli output realizzati e valorizzabili anche attraverso il loro prezzo, sia esso pubblico o privato), la misurazione dell'*outcome* è contrassegnata, viceversa, da maggiore subiettività.

In tema di *outcome* a livello di percorsi assistenziali ospedalieri, la rilevazione delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), attività che rappresenta uno dei principali debiti informativi che ogni azienda sanitaria deve rendere alla Regione e allo Stato, prevede la valorizzazione per ogni evento conseguente al ricovero ospedaliero dell'attributo "*esito*" (*outcome*) dove le scelte sono rappresentate dalle seguenti:

- Guarito
- Migliorato
- Invariato
- Deceduto.

Va da sé che l'opzione "*guarito*" selezionata al termine di un ricovero nell'ambito della correlata registrazione SDO (*e.g.* a seguito della risoluzione di un trauma o del rientro nei valori normali di un parametro vitale) potrebbe essere valutata dal paziente *in peius* con il carattere qualitativo immediatamente precedente, "*migliorato*", perché, ad esempio, il paziente, dopo un primo risultato positivo ma intermedio, raggiunto dopo la fase acuta, non ha visto ripristinarsi globalmente la qualità di vita al livello *ex ante* l'insorgenza della patologia (*cf.* Nota n. 35).

Proprio in tale sfera di indagine, il recente contributo degli economisti Kaplan e Porter<sup>36</sup> propone di traslare analisi e misurazioni, finalizzate al presidio della sostenibilità economica e, quindi, del *costing* dei processi sanitari, dall'*output*, dove costi e rimborsi avvengono su base volumetrica



rispetto alle prestazioni erogate dalle singole Strutture sanitarie (prestazioni che potrebbero essere caratterizzate negativamente dal fenomeno dei ricoveri ripetuti in capo allo stesso paziente), all'*outcome*, dove l'unità fondamentale di analisi dei costi e dei risultati di misurazione, non è più il reparto, la procedura o il servizio, bensì il paziente e la sua condizione finale di ripristino della salute<sup>37</sup>.

Delineati, seppur in maniera estremamente sintetica, i presupposti da cui prende l'avvio il progetto di riforma sanitaria del SSR del FVG, una delle "controriforme" contenute nel documento pubblicato dalla Giunta regionale nell'aprile 2014 (in forza della disposizione contenuta all'art. 2 co. 1 lett. h) LR FVG n. 17/2013) è l'epocale previsione di "*organizzare l'erogazione dei servizi socio-sanitari alla popolazione del FVG tramite una **ridefinizione istituzionale che superi la diarchia organizzativa** dell'erogatore ospedaliero Azienda ospedaliera nelle sue diverse forme (integrata con università e semplice) e di quello territoriale nella semplice veste di committente*".

Tale superamento potrebbe essere definito, attraverso l'uso di un noto ossimoro filmico, una sorta di "*ritorno al futuro*". Infatti, l'accezione del termine "ritorno" deve essere interpretato, relativamente all'elemento soggettivo, al ritorno al sistema sanitario concepito nel 1978, momento nel quale unico *dominus* di erogazione nell'ambito del *network* sanitario pubblico era l'USL al cui interno veniva accolto l'Ente ospedaliero istituito con la risalente riforma Mariotti. Il "futuro" deve essere interpretato, invece, quale nuova modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie (elemento oggettivo) nell'ambito di un contesto caratterizzato "*dal presupposto che la malattia "non ha tempo" e che i servizi che si occupano della salute del cittadino, sia a livello ospedaliero che di assistenza primaria, devono essere assicurati 24 ore, 7 giorni su 7, è necessario rivedere l'intera rete di offerta armonizzandola ed orientandola verso questo obiettivo*" (pag. 5 del cit. documento della Giunta regionale FVG, aprile 2014).

In tale ottica, la Regione Autonoma FVG, rispettando i precetti contenuti nell'art. 1 "*Sanità*" della legge delega n. 421/1992 e partendo da un assetto istituzionale composto dalle esistenti nove aziende fra territoriali, miste, ospedaliere e ospedaliero-universitarie, si pone come obiettivo la rifondazione del SSR mediante attività di *merger* finalizzata alla costituzione di cinque enti dotati di autonomia giuridica per l'erogazione di servizi socio sanitari, denominati "*Enti per l'Assistenza Sanitaria*" (EAS), così strutturati:

- *EAS 1 Triestina, con popolazione di circa 240.000, che nasce dalla fusione di ASS1 e AOUTS (AOU Ospedali Riuniti di Trieste).*

- *EAS 2 Isontina e Bassa Friulana, con popolazione di circa 255.000 abitanti, che nasce dalla fusione di ASS2 e ASS5.*
- *EAS 3 Friuli montano e collinare con popolazione di circa 175.000 abitanti che nasce dalla fusione dell'ASS3 con il territorio degli ambiti di San Daniele (quindi anche l'ospedale) e Tarcento;*
- *EAS 4 Medio Friuli con popolazione di circa 250.000 abitanti nasce dalla fusione dell'AOUUD (AOU Santa Maria della Misericordia di Udine) con l'ASS4 (compreso l'ospedale Gervasutta ed esclusi i territori degli ambiti di San Daniele e Tarcento).*
- *EAS 5 Pordenonese con popolazione di circa 315.000 abitanti che nasce dalla fusione di ASS6 e AOPN (AO Santa Maria degli Angeli di Pordenone).*

*Gli IRCCS Burlo Garofolo di Trieste e Centro di riferimento oncologico di Aviano si integreranno con le EAS.*

Tale assetto organizzativo sembra predisposto nel rispetto dell'art. 4 (*Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri*), comma 9, del D. Lgs. 502/1992 secondo cui "*Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. ... Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico ... come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili*".

Secondo il Governo regionale, l'esigenza di fusione degli Enti del SSR deriva dal fatto che "*le esperienze della fattispecie organizzativa introdotta con la diarchia ASL/AO non hanno favorito la necessaria integrazione, oramai irrinunciabile, dei percorsi assistenziali sempre più complessi in una popolazione con valori piuttosto elevati di malattie croniche. Infatti il modello evoluto culturalmente alla fine degli anni 80 e poi legislativamente attuato nel 1992 risponde più ad un modello di organizzazione efficientistica prevalentemente orientata alla cura di patologie acute e mono-specialistiche*".

Per completezza di informazione si segnala che nella stessa direzione di accorpamento, questa volta, però, a livello di attività aziendali "no core", va la parallela previsione di una "agenzia per i servizi centralizzati, dotata di autonomia giuridica, per la gestione accentrata delle funzioni

*tecnico-amministrative per gli acquisti di beni e servizi sanitari e non, la logistica di magazzino<sup>38</sup>, la gestione amministrativa del personale e lo svolgimento da stazione appaltante dei lavori pubblici per i 5 EAS, nonché di supporto alla programmazione regionale”.*

\* \* \*

Il *nomen iuris* "Ente per l'Assistenza Sanitaria" (EAS) individuato quale futuribile erede delle aziende sanitarie pubbliche della Regione FVG è una novità nel panorama non solo dello specifico SSR ma anche del SSN.

Si potrebbero citare i precedenti casi di parziale ridenominazione delle ASL che, in due Regioni del sud Italia, Calabria e Sicilia, sono divenute "Aziende Sanitarie Provinciali" (ASP - acronimo da non confondere con quello analogo ma relativo alle "Aziende di Servizi alla Persona" ex D. Lgs. 207/2001 -), che nelle Marche sono state "trasformate" in ASUR ("Azienda sanitaria unica regionale") e che nel Friuli Venezia Giulia hanno acquisito la denominazione di Aziende per i Servizi Sanitari (ASS).

Nel 1994, con la LR FVG n. 12, all'art. 8 veniva disposto che "Le Aziende sanitarie regionali sono le Unità sanitarie locali e gli ospedali ... che assumono la denominazione rispettivamente di Aziende per i servizi sanitari ed Aziende ospedaliere".

Nel 2003 (LR Marche 20-06-2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", art. 2 "Enti del servizio sanitario regionale") il legislatore regionale stabiliva che "l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), con sede in Ancona ... è articolata in aree vaste territoriali e in distretti";

Ancor più di recente, nel 2007 (LR Calabria 11-05-2007, n. 9 "Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario", Art. 7 "Accorpamento delle ASL") il legislatore regionale fissava che "Le undici Aziende sanitarie attualmente presenti sul territorio regionale sono accorpate in cinque Aziende sanitarie locali, che assumono la denominazione di Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone, il cui territorio di riferimento corrisponde alle attuali circoscrizioni provinciali."

Da ultimo, nel 2009 (LR Sicilia 14-04-2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale", art. 10 "Aziende sanitarie provinciali") il legislatore regionale statuiva che "Nell'ambito di ogni provincia opera un'Azienda sanitaria provinciale che assicura l'assistenza sanitaria attraverso le attività ospedaliere e le attività territoriali ...". Di peculiare, in quest'ultima realtà territoriale, la creazione di "Distretti ospedalieri"<sup>39</sup> costituiti dall'aggregazione di uno o più presidi ospedalieri dell'ASP competenti, per l'appunto, ad erogare

l'attività ospedaliera, ed operanti mediante un'organizzazione in rete anche al fine di assicurare all'utente l'appropriatezza del percorso di accoglienza, presa in carico, cura e dimissione.

\* \* \*

Tornando alla realtà sanitaria della Regione appartenente al nord-est italiano, dalla lettura del recentissimo disegno di legge regionale (ddlr dd. 18 luglio 2014, che il successivo 7 agosto ha visto il Consiglio delle Autonomie Locali esprimere in merito il proprio parere favorevole) avente ad oggetto *“Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”*<sup>40</sup> risulta che gli *“Enti per l’assistenza sanitaria”* (EAS) verrebbero ridenominati (*cf. ibi art. 5*) *“Aziende per l’assistenza sanitaria”* (AAS).

Quest'ultimo è un aspetto, da un lato, meramente formale (Azienda *versus* Ente) che, semplicemente, sembra non voler rinnegare il c.d. *“processo di aziendalizzazione”* introdotto nell’ordinamento con la cit. riforma sanitaria del 1992 (AUSL *versus* USL); dall'altro, è un aspetto allo stesso tempo anche sostanziale, in quanto tale modifica del *nomen* sembra voler correggere il tiro della riforma sanitaria *in fieri* al fine di applicare "chirurgicamente" le previsioni contenute nel D. Lgs. 21-12-1999, n. 517 rubricato *"Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"*.

Infatti, mentre i tre Enti risultanti dalla trasformazione di ASL o dalla fusione di ASL e Azienda Ospedaliera di Pordenone sarebbero ridenominati AAS, i restanti due Enti risultanti dalla fusione di ASL e Azienda Ospedaliero-universitaria (Trieste e Udine) sarebbero ridenominati più correttamente *"Aziende per l'assistenza sanitaria integrate con l'Università"* AASIU (*cf. rubrica dell'art. 4 ddlr*).

Secondo le intenzioni della Giunta regionale, ogni singola Azienda Ospedaliero-universitaria, nel primo semestre 2015 - una volta decaduti, *ope legis*, al 31/12/2014 gli Organi dell’Ente -, sarebbe guidata da un Commissario straordinario che, contestualmente, guiderebbe anche l’Azienda per l’assistenza sanitaria di riferimento territoriale, ciò allo scopo di collaborare con la Regione e le Università regionali alla definizione del nuovo Protocollo d’intesa Università-Regione.

Tale Protocollo dovrà prevedere, nelle intenzioni, le modalità di istituzione di un’Azienda (AASIU) che, "oltre a svolgere le proprie funzioni di assistenza, didattica e ricerca, così come disciplinato dalla legislazione vigente, svolga ulteriori funzioni di presa in carico degli assistiti e di continuità nelle cure, in modo da assicurare lo svolgimento unitario e coordinato, sia in sede ospedaliera che distrettuale, anche delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione. Ciò al fine di migliorare il servizio pubblico di tutela della salute, accrescere la qualità dei processi formativi, sviluppare le

*conoscenze biomediche e l'innovazione tecnologica, nonché valorizzare in modo paritario le funzioni e le attività del personale ospedaliero, del distretto e dell' università".*

Tale "*ridefinizione istituzionale*", tesa a favorire il superamento sia della frammentazione e della duplicazione delle strutture organizzative esistenti sia la diarchia organizzativa basata su ASL/AO, è orientata a conseguire, tra l'altro, economie di scala<sup>41</sup>.

L'obiettivo di contenimento dei costi fissi e dei costi variabili in Sanità è fissato, *ex multis*, nel D.L. n. 95/2012 all'art. 15 co. 13 lett. c). Quest'ultima disposizione, nell'ambito del più ampio processo di *spending review* predisposto anche nell'ottica del rispetto del patto di stabilità interno applicabile al settore sanitario, ha imposto alle regioni di adottare provvedimenti di riduzione dello *standard* dei posti letto ospedalieri a carico del servizio sanitario regionale ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, verificando, sotto il profilo assistenziale e gestionale, la funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi.

Peraltro, è lo stesso ddlr ad affermare espressamente di voler dare attuazione agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi contenuti nel D.L. n. 95/2012 oltre che nel D.L. n. 158/2012 (*cf*r art. 1 co. 2 e art. 26 ddlr).

Per visualizzare come il prefato *cost management* consenta di incidere sulla sostenibilità economica è possibile fare ricorso all'approccio di *break-even analysis*.

Difatti, il punto di pareggio economico (*break-even point*) di un'azienda (sanitaria) può essere migliorato attraverso la riduzione dei costi fissi (tra i quali rientrano anche i costi di struttura), rappresentati, ad esempio, dai costi sostenuti per la gestione di un opificio (ospedaliero), miglioramento graficamente rappresentato, nell'ambito di un sistema di assi cartesiani, dallo spostamento verso l'origine, sull'asse delle ordinate, dell'intercetta della curva dei costi totali. Analogo risultato si ottiene agendo sui costi variabili, rappresentati, ad esempio, dai costi sostenuti per l'acquisto di materiale (sanitario) - *cf*r art. 15 co. 13 lett. a) e b) D.L. cit. -, miglioramento graficamente rappresentato da una diminuzione del coefficiente angolare della curva dei costi totali. *Ceteris paribus*, tali riduzioni permettono alla curva dei costi totali di incrociare in anticipo la curva dei ricavi totali con miglioramento del risultato economico dell'azienda (sanitaria).

## **5. Possibili riflessi tributari in capo agli AAS.**

Come premesso, i riflessi tributari, qui sottoposti a sintetica disamina, si limitano ad un'analisi del settore delle imposte dirette e più specificamente dell'Imposta sui redditi delle persone giuridiche

(IRPEG sostituita, a seguito della riforma delle società avvenuta del 2004, dall'Imposta sul Reddito delle Società IRES) in quanto applicabile agli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Il Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR), disciplinato dal DPR n. 917/1986 s.m.i., individua quali sono i soggetti sottoposti all'IRES. Essi possono essere sintetizzati nelle seguenti quattro categorie (art. 73 TUIR):

- a) società di capitali residenti in Italia;
- b) enti, pubblici e privati, commerciali (EC) residenti;
- c) enti, pubblici e privati, NON commerciali (ENC) residenti;
- d) enti e società di ogni tipo non residenti in Italia.

A questo punto, è d'uopo identificare in quale delle quattro predette categorie debbano essere collocati gli Enti del SSR. Prassi dell'Agenzia delle Entrate<sup>42</sup> (ed in senso conforme si è espressa la giurisprudenza della Cassazione) stabilisce che "*le aziende sanitarie locali sono riconducibili tra gli enti non commerciali*".

Ciò comporta che agli Enti afferenti al SSR, in quanto ENC, si applichi il c.d. "*principio atomistico*"<sup>43</sup> di determinazione del reddito complessivo (*cf.* artt. 143 e 144 TUIR). Perciò, premesso che il reddito complessivo degli enti non commerciali (ENC) residenti può essere formato da quattro diverse tipologie di reddito, ovvero:

- redditi fondiari,
- redditi di capitale,
- redditi di impresa,
- redditi diversi,

ovunque prodotti e quale ne sia la destinazione, ne consegue che costi e ricavi devono essere imputati distintamente, perciò senza attrazione "cumulativa" al reddito d'impresa, a ciascuna categoria reddituale.

Tuttavia, specifica il Tuir all'art. 143 co. 3 lett. b), non concorrono in ogni caso alla formazione del reddito degli ENC afferenti al settore sanitario i contributi ad essi corrisposti da Amministrazioni pubbliche per lo svolgimento convenzionato o in regime di accreditamento (*cf.* Titolo II "*Prestazioni*" del D. Lgs. 502/1992, art. 8 segg.) di attività aventi finalità sociali esercitate in conformità ai fini istituzionali degli enti stessi.

In realtà, l'esclusione dal reddito degli ENC della summenzionata remunerazione ribadisce quanto già stabilito nella norma dedicata alle esenzioni IRES (art. 74 TUIR). In tale norma è fissata una doppia tipologia di esenzione a favore di “*Stato ed enti pubblici*”:

- la prima, di stampo soggettivo, è applicabile nei confronti degli enti politici territoriali quali Stato, Regioni ed Enti locali;
- la seconda, di stampo oggettivo, è applicabile agli enti pubblici nel caso esercitino determinate attività.

Tra queste ultime, per quanto qui rileva, rientra l'esenzione IRES che si rende applicabile a fronte dell'esercizio di attività assistenziali e sanitarie quando esse siano svolte da enti pubblici istituiti esclusivamente a tal fine, comprese, *expressis verbis*, le Aziende sanitarie locali. Ciò, in definitiva, introduce una espressa decommercializzazione delle predette attività assistenziali e sanitarie che, perciò, non danno origine a redditi d'impresa<sup>44</sup>.

Delineati quali siano i redditi imputabili agli Enti del SSR e l'esenzione IRES di cui godono in tema di decommercializzazione della loro attività istituzionale, si può affermare che, di norma, i loro redditi più ragguardevoli, dichiarati con il Modello Unico ENC, saranno quelli fondiari<sup>45</sup>.

\* \* \*

In realtà, l'interpretazione data alle prefate norme del TUIR da parte di alcuni contribuenti ritiene che le rendite catastali degli immobili strumentali, cioè destinati ad erogare le attività assistenziali e sanitarie, rientrino nella sfera del reddito di impresa. Ciò comporterebbe, grazie alla privazione *ex lege* del requisito di commercialità delle attività poste a tutela della salute, la loro esenzione dalla tassazione.

Consolidato principio della giurisprudenza della Corte di cassazione (da ultimo Cass. n. 3346 del 2013<sup>46</sup>) ritiene, però, che il reddito fondiario degli immobili strumentali (gli ospedali *et similia*) utilizzati in relazione a tali attività non subisce la “trasformazione” in reddito d'impresa con la conseguenza che il reddito complessivo deve essere determinato in maniera atomistica, sommando i singoli redditi compresi quelli fondiari derivanti dalla rendita catastale attribuita agli immobili strumentali, come espressamente dispone l'art. 144 del TUIR

\* \* \*

Ciò detto, nell'ordinamento è presente un'ulteriore norma agevolativa, anch'essa a rilevanza soggettiva, che, aggiungendosi a quella contenuta nell'art. 74, co. 2 lett. b), TUIR, introduce una riduzione a metà dell'aliquota IRES per i redditi (fondiari, di capitale, di impresa e diversi) dichiarati dagli *"enti ospedalieri ... a condizione che abbiano personalità giuridica"* (art. 6 DPR 601/1973).

Pure in questo caso è presente un'interpretazione da parte dei contribuenti che ritiene estensibile l'agevolazione stabilita nei confronti degli *"Enti ospedalieri"* anche alle *"Aziende sanitarie locali"*. Anche in questa circostanza, però, risulta presente un costante orientamento del Giudice della legittimità<sup>47</sup> che negherebbe tale *"espansione"* agevolativa nei confronti delle ASL, traendo le necessarie argomentazioni dallo sviluppo storico degli enti pubblici sanitari così descritto:

*Questa sezione<sup>48</sup> ... ha chiarito come gli enti ospedalieri siano stati costituiti con la L. 12 febbraio 1968, n. 132, il cui art. 2 prevedeva che "sono enti ospedalieri gli enti pubblici che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi" (comma 1) e che gli stessi "possono, inoltre, istituire, anche fuori della sede dell'ospedale, ambulatori, dispensari, consultori, centri per la cura e la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, centri per il recupero funzionale, e compiere ricerche e indagini scientifiche e medico-sociali in ordine al conseguimento degli scopi istituzionali" (comma 4).*

*La L. 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, introdusse le unità sanitarie locali (definite, all'art. 10, come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale"). L'art. 14 della legge attribuì alle unità sanitarie locali, oltre all'assistenza ospedaliera, una vasta serie di altri compiti.*

*Infine, il D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (e successive modificazioni) ha stabilito che: "in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale" (art. 3, comma 1 bis); "per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1 bis e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'art. 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico" (art. 4, comma 1); "gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale" (art. 4, comma 9).*

*Dal quadro normativo così definitosi nel tempo discende che deve negarsi l'equiparazione tra "enti ospedalieri" e "aziende sanitarie locali", nel senso, voluto dalla contribuente, che queste ultime, per finalità e compiti, costituirebbero, in sostanza, con diverso nome, la continuazione dei primi. Come si è detto, infatti, da un lato, alle ASL sono state assegnate, oltre all'assistenza ospedaliera, attività e funzioni nuove e diverse, e, dall'altro, i "vecchi" enti ospedalieri mantengono una loro autonomia, o in quanto costituiti in "aziende ospedaliere", o quali "presidi" ospedalieri nell'ambito delle ASL.*



*Il DPR 29 settembre 1973, n. 601, art. 6, comma 1, del resto, nell'elencare i soggetti a favore dei quali l'IRPEG è ridotta alla metà - a condizione che abbiano personalità giuridica (comma 2) -, ha mantenuto, alla lett. a), la originaria dizione "enti ospedalieri" pur dopo la sua sostituzione operata con il D.L. n. 331 del 1993 (convertito in L. n. 427 del 1993), in epoca successiva, quindi, alla riforma sanitaria del 1992.*

Tutto ciò premesso in tema reddituale, è possibile ora tentare di immaginare, anche rifacendosi alle motivazioni contenute nel prefato *dictum*, se la futura creazione delle Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS) e di quelle integrate con l'Università (AASIU) costituirebbe, seppur con diversa denominazione, la continuazione delle ASL oppure se questi nuovi Enti costituirebbero qualcosa di ancora diverso, con tutto ciò che potrebbe comportare anche in ordine al loro trattamento tributario.

La costituzione delle tre AAS

- n. 2 Bassa Friulana-Isontina,
- n. 3 Alto Friuli-Collinare
- n. 5 Friuli Occidentale

dovrebbe comportare nei fatti una continuazione dell'attività svolta in precedenza dalle ASL - seppure l'attività erogata dalle futuribili AAS dovrebbe avvenire in applicazione dei nuovi principi formulati nel 2013 dal legislatore regionale - e un tanto si ricaverebbe dall'esplicito tenore del citato ddlr là dove all'art. 5 comma 8 segnala che "*Alle Aziende per l'assistenza sanitaria si applica la disciplina delle aziende unità sanitarie locali*". Disciplina basata, innanzitutto, sulla necessità che il SSN deve essere costituito da un indefettibile *network* assistenziale come stabilito dal comma 1 art. 10 l. 833/1978 secondo cui "*Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali*".

Da quanto esposto, l'AAS sembrerebbe poter rientrare, *in primis*, a pieno titolo sia nella categoria degli enti pubblici<sup>49</sup> non commerciali (art. 73 co. 1 lett. c TUIR) sia nell'esenzione IRES di rilievo oggettivo (art. 74 co. 2 lett. b TUIR). Ciò comporterebbe, da un lato, che i redditi continuerebbero ad essere dichiarati atomisticamente, dall'altro, che le attività sanitarie continuerebbero ad essere sottratte al reddito d'impresa (decommercializzazione). Viceversa, non sembrerebbe potersi ritenersi applicabile l'agevolazione di dimezzamento dell'aliquota Ires alla luce del chiaro orientamento sul punto da parte della giurisprudenza di legittimità, la quale non ritiene siano da comparare agli "*Enti ospedalieri*" altri Enti del SSR che abbiano quale oggetto istituzionale maggiori ed altre attività, a meno di uno specifico intervento del legislatore tributario o di un arresto da parte della giurisprudenza di legittimità.

Nemmeno la circostanza che l'AAS n. 5 Friuli Occidentale derivi dalla fusione di un'ASL con un'Azienda Ospedaliera potrebbe far propendere in senso favorevole all'applicazione dell'agevolazione contenuta nell'art. 6 dPR 601/1972. Infatti, l'AO, seppur continuazione di un "*Ente ospedaliero*", verrebbe, a seguito della riforma regionale, trasformata in un Presidio ospedaliero il quale, nonostante sia dotato di autonomia economico-finanziaria e gestionale grazie all'attribuzione di un proprio *budget* (cfr. art. 36 ddlr), sarebbe, invero, privo di una sua specifica ed indefettibile personalità giuridica necessaria all'applicazione dell'agevolazione di cui trattasi. Tutto

ciò avverrebbe, tra l'altro, in concomitanza a tutte le *“attività e funzioni nuove e diverse”* - così come definite dalla Cassazione nelle sentenze da ultimo cit. - svolte dall'AAS in attuazione della normativa di vario livello, nazionale e regionale, vigente, situazione che comunque non sembrerebbe permettere l'imposizione agevolata di cui trattasi.

Anche la costituzione delle restanti due AAS integrate con l'Università (n. 1 Triestina e n. 4 Friuli Centrale), nonostante contengano al loro interno degli *Hub* ospedalieri, dovrebbe comportare nei fatti una mera continuazione dell'attività svolta in precedenza dalle ASL. Tale contingenza si desumerebbe dalla lettura dell'art. 4 ddlr ove è previsto che, *“oltre a svolgere le proprie funzioni di assistenza, didattica e ricerca, così come disciplinato dalla legislazione vigente, svolgono ulteriori funzioni di presa in carico degli assistiti e di continuità nelle cure, in modo da assicurare lo svolgimento unitario e coordinato, sia in sede ospedaliera che distrettuale, anche delle funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione”*. In tal modo, relativamente ai riflessi tributari, varrebbe quanto detto in precedenza con riferimento alle AAS non integrate con l'Università.

In realtà, dall'analisi della proposta normativa di riforma sanitaria ed in particolare dal dato testuale dell'art. 12 comma 2, secondo cui *“Presso le Aziende Ospedaliero-Universitarie di Trieste e di Udine, oltre al direttore generale, nominato d'intesa con l'Università, il collegio sindacale ed il collegio di direzione, opera, quale organo, anche l'organo di indirizzo”*, non è consentito comprendere compiutamente se le due AOU citate continueranno ad esistere quali Enti autonomi del SSR affiancandosi alle cinque Aziende per l'assistenza sanitaria.

La *ratio legis* farebbe propendere per una loro fusione nell'ambito dell'AAS di riferimento territoriale. Ciò in quanto tale operazione aziendale straordinaria avverrebbe attraverso la nomina di un unico Commissario straordinario per ASS e AOU anche al fine di predisporre il nuovo Protocollo d'intesa Università-Regione. Il fatto che la norma affermi che presso l'AOU opererà l'Organo di indirizzo potrebbe essere inteso quale quarto Organo, oltre ai tre previsti per l'AAS di riferimento territoriale (Direttore generale, Collegio sindacale, Collegio di direzione), in modo da rispettare la vigente previsione di cui al già cit. D. Lgs. 517/1999 secondo cui *“l'Organo di indirizzo ... ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nei protocolli d'intesa tra regione e università”*.

Del resto, la stessa rubrica dell'art. 4 *“Aziende per l'assistenza sanitaria integrate con l'Università”* deporrebbe per la costituzione di un Ente *sui generis* rispetto a quello previsto dal successivo art. 5 *“Aziende per l'assistenza sanitaria”* e la cui differenza peculiare sarebbe la messa a sistema, nel primo caso, delle esperienze derivanti da *“assistenza, didattica e ricerca”* *plus* le generali funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione svolte in sede ospedaliera e distrettuale. In caso contrario, si osserverebbe una incompleta semplificazione del sistema istituzionale e organizzativo nonché, di conseguenza, un incompiuto superamento della diarchia di aziende territoriali e aziende ospedaliere.

## CONCLUSIONI.

Partendo dal presupposto che *"la malattia "non ha tempo" e che i servizi che si occupano della salute del cittadino, sia a livello ospedaliero che di assistenza primaria, devono essere assicurati 24 ore, 7 giorni su 7"*, la soluzione adottanda dalla *"holding sanitaria"* del FVG sarebbe il compimento di una *"operazione straordinaria"* di *merger* tra ASL e AO/AOU che, seppur orientata a modificare in modo sostanziale la *governance* sanitaria regionale, non disattenderebbe i menzionati principi contenuti nella l. 833/1978 e nel D. Lgs. 502/1992.

Nonostante ciò, la nuova denominazione degli Enti del SSR (AAS/AASIU) potrebbe indicare che la volontà della Giunta regionale sia quella di conseguire una *"fusione propriamente detta"* in quanto con questa forma di concentrazione due (o più) soggetti si compenetrano costituendo un nuovo ente, diversamente dal caso della *"fusione per incorporazione"* quando dei due (o più) soggetti partecipanti, uno rimane *"in vita"* (e viene denominato incorporante) mentre l'altro (o gli altri) viene estinto in quanto incorporato.

Il possibile raggruppamento tra ASL e AO/AOU del FVG rappresenterebbe, perciò, uno dei mezzi per giungere sia alla diversificazione dell'offerta assistenziale (*output* di qualità adeguati alla realtà epidemiologica regionale e finalizzati alla ricerca di miglioramenti nell'*outcome*) sia alle conseguenti economie di scala (sostenibilità della spesa sanitaria).

Se la prospettata riforma del SSR FVG avrà luogo nei prefati termini, si dovrebbe assistere non solo alla prefissa re-integrazione fortemente sinergica tra gli Enti sanitari regionali al fine di incidere positivamente nell'aspetto clinico, che è la preminente componente in grado di incidere sulla qualità della vita dei residenti, ma anche in quello prettamente economico.

---

## INDICE

<sup>1</sup> Fonte: [http://www.pbmstoria.it/dizionari/storia\\_mod/p/p179.htm](http://www.pbmstoria.it/dizionari/storia_mod/p/p179.htm) aggiornato al 24/05/2014.

<sup>2</sup> *I poveri ed i pitocchi* in Raccolta delle leggi, ordinanze e regolamenti speciali per Trieste (Tipografia Lloyd Austriaco 1861).

<sup>3</sup> *Diagnosis Related Group* ovvero Raggruppamenti Omogenei Diagnostici (ROD).

<sup>4</sup> I quali permettono l'acquisto (talvolta vincolato) di cespiti e la successiva sterilizzazione degli ammortamenti in modo tale da "sostenere" il risultato economico di esercizio.

<sup>5</sup> Rapporto OASI 2013, Capitolo 5, 5.2.1 "Il finanziamento del SSN" pag. 187, Collana Cergas, UniBocconi;

<sup>6</sup> DPCM 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

<sup>7</sup> In effetti, tale previsione era già presente, prima della riforma del Titolo V della Costituzione avvenuta nel 2001, all'art. 3 in tema di "Programmazione di obiettivi e di prestazioni sanitarie" della L. 833/1978 secondo cui "La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale ... fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini".

<sup>8</sup> La notoria legge che con l'allegato "E" comportò l'abolizione del sistema del contenzioso amministrativo e, quindi, di tutti i tribunali speciali (eccetto Consiglio di Stato e Corte dei Conti), con attribuzione della giurisdizione in materia di diritti soggettivi ai tribunali ordinari, prevedendo la possibilità di far valere gli interessi legittimi solo mediante i ricorsi amministrativi.

<sup>9</sup> Tale autorizzazione introdotta con il TULS, si trova oggi riprodotta nel D. Lgs. 502/1992 s.m.i. all'art. 8 e segg. dove è previsto un triplice regime differenziato a seconda della posizione che voglia assumere un Presidio sanitario nei confronti del SSN: 1) autorizzazione (indefettibile per poter esercitare in sanità), 2) accreditamento (per poter operare per conto, ma non a carico, del SSN) e 3) accordo contrattuale (per poter operare a carico e, quindi, a spese del SSN).

<sup>10</sup> Giampiero Cilione, *Diritto Sanitario*, pagg. 30 e segg., Collana di strumenti di diritto pubblico, Maggioli, 2003

<sup>11</sup> Denominazione, in realtà, assunta con il D. Lgs. C.P.S. 13 maggio 1947, n. 435, ratificato con L. 17 aprile 1956, n. 561 in sostituzione del precedente Ente «Mutualità fascista - Istituto per l'assistenza di malattia ai lavoratori» di cui alla legge del 1943.

<sup>12</sup> "In Great Britain, a comprehensive public-health service under government administration, established by the National Health Service Act of 1946 and subsequent legislation", fonte: <http://www.britannica.com> aggiornato al 24/05/2014.

<sup>13</sup> In Italia tale quota si avvicina al limite inferiore, attualmente pari all'incirca, in termini assoluti, a circa 115 miliardi di Euro.

<sup>14</sup> Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index 2013, Report, § 1.3 "BBB; Bismarck Beats Beveridge – now a permanent feature", <http://www.healthpowerhouse.com> aggiornato al 24/05/2014

<sup>15</sup> i.e. modelli sanitari bismarckiani

<sup>16</sup> "Il godimento del massimo livello di salute raggiungibile è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano" Costituzione dell'OMS

<sup>17</sup> "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (Constitution of the World Health Organization 19 June - 22 July 1946).

<sup>18</sup> "The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector." (Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978).

<sup>19</sup> "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being." (The Ottawa Charter for Health Promotion International Conference on Health Promotion, 17-21 November 1986, Ottawa, Ontario, Canada).

<sup>20</sup> In tale contesto ha rilevanza il lemma "interesse" il cui etimo latino richiama la locuzione "quod inter est" - "ciò che è tra" un punto di partenza e un punto indeterminato di arrivo evocando un dinamismo teso al continuo miglioramento, mentre il lemma "fine" (dal latino "finem") indica un "termine" che, una volta raggiunto, rappresenterebbe una situazione non ulteriormente migliorabile.

<sup>21</sup> Alessandro Vattovani, "La mobilità sanitaria ospedaliera italo-slovena dopo l'adesione della Slovenia all'Unione Europea", tesi di dottorato in Geostoria e geoeconomia delle regioni di confine, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2008/09.

<sup>22</sup> Giampiero Cilione, "Diritto Sanitario", pag. 32, Collana di strumenti di diritto pubblico, Maggioli, 2003.

<sup>23</sup> Il principio di sussidiarietà è di derivazione comunitaria: con l'introduzione nel trattato UE (articolo 5, paragrafo 3) è stato elevato a principio di rango costituzionale. Tale principio comporta due aspetti, uno positivo e l'altro negativo: l'aspetto positivo per l'UE, vale a dire quello che stimola le sue competenze, prevede che essa intervenga quando gli obiettivi perseguiti possono «essere conseguiti meglio a livello di Unione»; l'aspetto negativo, vale a dire quello inibitorio, implica che l'Unione non deve intervenire allorché l'azione degli Stati membri sia sufficiente a raggiungere gli obiettivi prefissati. Tale principio è stato introdotto, analogamente, nella Costituzione italiana a seguito della Riforma del Titolo V (2001) dove all'art. 118 co. 1 è ora previsto che *"Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza"*.

<sup>24</sup> Rapporto OASI 2000, Capitolo 14 *"I sistemi di programmazione e controllo di gestione: risultati di un follow-up"*, pag. 391, Collana Cergas, UniBocconi.

<sup>25</sup> Cfr. il D. Lgs. n. 118/2011 *"Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi"*.

<sup>26</sup> Fonte: [http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/hp-new/Articoli/modules/news/allegati/Riforma\\_Sanitx.pdf](http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/hp-new/Articoli/modules/news/allegati/Riforma_Sanitx.pdf) aggiornato al 24/05/2014.

<sup>27</sup> cfr. Decreto Legislativo n. 38 del 4 marzo 2014, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 21 marzo 2014 N. 67 ed in vigore a partire dal 5 aprile, rubricato *"Attuazione della direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera ..."*.

<sup>28</sup> Giampiero Cilione, *"Diritto Sanitario"*, Cap. 3.2 *"L'organizzazione della Sanità pubblica"*, Maggioli Editore 2003.

<sup>29</sup> Rapporto OASI 2012, Prefazione, Collana Cergas, UniBocconi.

<sup>30</sup> *"Manuale di diritto sanitario"*, a cura di F. Castiello e V. Tenore, Giuffrè Editore, 2012.

<sup>31</sup> L'approccio per processi è uno degli otto principi di gestione della qualità su cui si basano le norme serie ISO 9000:2000.

<sup>32</sup> L'economicità è definita come equilibrio dinamico nel tempo tra la quantità delle risorse impiegate nei processi tipici di un'azienda pubblica e le attività, servizi, funzioni proprie della stessa (Zangrandi 1999) e rappresenta una condizione di funzionamento dell'azienda per il conseguimento delle proprie finalità (Airoldi Brunetti e Coda 1989).

<sup>33</sup> Un metodo di produzione è tecnicamente efficiente se la quantità prodotta è la massima possibile dato l'impiego dei fattori della produzione nelle quantità date (*Economia*, Fisher-Dornbusch-Schmalensee, Ed. Hoepli).

<sup>34</sup> Capacità di raggiungere i risultati desiderati: da un lato, gli obiettivi strategici tracciati in sede di pianificazione a livello macro (azienda), dall'altro, gli obiettivi operativi determinati in sede di programmazione a livello micro (strutture).

<sup>35</sup> *"Se il risultato di salute rappresenta un traguardo intermedio nel processo assistenziale (per esempio, la conclusione della fase di acuzie in ospedale) l'outcome è la risposta complessiva al problema di salute nella sua complessità e generalità"*, Rapporto OASI 2003 Cap. 14 Il percorso assistenziale: uno strumento innovativo di gestione, Collana Cergas, UniBocconi.

<sup>36</sup> Robert S. Kaplan and Michael E. Porter, *"The Big Idea: How to Solve the Cost Crisis in Health Care"*.

<sup>37</sup> *"Our approach makes patients and their conditions - not departmental units, procedures, or services - the fundamental unit of analysis for measuring costs and outcomes."*

<sup>38</sup> cfr. in tal senso il "Centro Servizi Condivisi" (C.S.C.) istituito con l'art. 18 della LR FVG 20/2004 poi soppresso con l'art. 12 LR FVG 12/2009.

<sup>39</sup> La previsione di Distretti ospedalieri sembra l'applicazione dell'art. 4 comma 9 D. Lgs. 502/1992 secondo cui *"Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali"*.

<sup>40</sup> [http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/allegati/Testo\\_base\\_proposta\\_di\\_riforma\\_sanitaria.pdf](http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/allegati/Testo_base_proposta_di_riforma_sanitaria.pdf) aggiornato al 05/08/2014

<sup>41</sup> Le economie di scala si presentano quando i costi medi (= costi totali/quantità) diminuiscono all'aumentare della quantità prodotta con ottenimento di un utile più che proporzionale (rendimenti di scala crescenti). In particolare, esistono tre ragioni che spiegano la presenza di economie di scala: l'indivisibilità del processo produttivo (costi comuni e generali, ovverosia di struttura, spalmati su un maggior numero di strutture produttive), la specializzazione del lavoro (aumento della produttività), le economie tecniche nell'uso dei beni strumentali (migliore utilizzo della capacità produttiva).

<sup>42</sup> Risoluzione del 08/07/2002 n. 220 - Agenzia delle Entrate - Direzione Centrale Normativa e Contenzioso.

<sup>43</sup> Invece, nel caso delle società di capitali si applica il c.d. *"principio di attrazione"* secondo cui gli elementi economici, positivi e negativi, anche se afferenti ai singoli redditi vengono complessivamente fatti rientrare nel reddito d'impresa.

<sup>44</sup> Il fatto che l'esercizio di attività sanitarie sia decommercializzato non comporta che un ente sanitario pubblico non debba dichiarare altri redditi d'impresa. Infatti, *"non possono essere considerate attività sanitarie le attività gestite direttamente dalle USL per la erogazione dell'assistenza farmaceutica di cui sono titolari ... Vanno considerate "commerciali" tutte le altre attività svolte dalle USL, anche se in conformità alle finalità istituzionali, quali ad esempio i servizi finalizzati alla prevenzione degli infortuni, le prestazioni di analisi su alimenti e bevande, i servizi di igiene e vigilanza veterinaria (cfr. Circ. 26/11/562 dd. 29/08/1991). È esplicitativa (seppure in materia di Iva, aspetto non trattato dal presente contributo) la normativa comunitaria (art. 13 par. 1 Dir. 2006/112/CE) laddove prevede che gli enti*

---

pubblici non sono considerati soggetti passivi Iva quando svolgono un'attività economica in regime di puro ed esclusivo diritto amministrativo, cioè nell'esercizio di una pubblica autorità. Sono, invece, soggetti passivi quando l'attività svolta nell'esercizio di una pubblica autorità può essere svolta anche da altri soggetti privati e il non assoggettamento ad Iva potrebbe determinare un'importante distorsione di concorrenza.

<sup>45</sup> In particolare: Categorie di fabbricati - GRUPPO B – Unità immobiliari per uso di alloggio collettivo - "Case di cura ed ospedali" B/2

<sup>46</sup> *Quesito: "Dica la Corte se gli immobili delle aziende sanitarie ospedaliere, in ragione della natura di enti non commerciali di queste, siano produttivi di reddito fondiario ... che concorre alla formazione del loro reddito complessivo, senza che rilevi la natura strumentale all'esercizio dell'attività dell'ente degli immobili medesimo"; "La Corte ha affermato ... che, in tema di Irpeg ... l'esercizio di attività previdenziali, assistenziali e sanitarie da parte di enti pubblici istituiti esclusivamente a tal fine non costituisce esercizio di attività commerciale; pertanto, il reddito fondiario degli immobili strumentali utilizzati in relazione a tali attività non subisce la trasformazione in reddito d'impresa ... ne discende che il reddito complessivo va determinato sommando i vari redditi, compresi quelli fondiari".*

<sup>47</sup> Cass. nn. 8812, 8811, 8810, 8809 e 208 anno 2014; 27170, 25463, 20250 e 20249 anno 2013; 17995 anno 2012.

<sup>48</sup> La Sezione Quinta ovvero Tributaria.

<sup>49</sup> Nonostante il ddlr non affermi mai esplicitamente che le AAS sono dotate di personalità giuridica pubblica (tranne all'art. 7 co. 2 nei confronti dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi sanitari), anche da quanto espresso nel paragrafo che precede, non può non ritenersi che esse lo siano ex art. 3 co. 1bis D. Lgs. 502/1992: "*In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale*".