nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La evolución del servicio nacional de salud en las dinámicas mantenidas entre el estado italiano y las administraciones regionales[1]

The evolution of the national health service in the dynamics maintained between the italian state and the regional administrations

Fabio Giglioni *Catedrático de Derecho Administrativo, Universidad de Roma "La Sapienza"*

Resumen

La estructura regionalista del Servicio Nacional de Salud italiano comenzó a tomar forma en los años 90 y está fuertemente vinculada a exigencias que responden principalmente a los principios de eficiencia y de control del gasto público. Esta tendencia se vio reforzada con la reforma constitucional de 2001. La materia que ahora se atribuye a la competencia compartida es la de "protección de la salud", con un alcance mayor que el anterior, que se limitaba únicamente a la asistencia sanitaria y hospitalaria. Esto ha dado lugar a una regionalización reforzada del sistema sanitario. Como compensación parcial, las autoridades estatales han conservado un fuerte poder de gobernanza en el ámbito del control del gasto público, especialmente en el caso de la gestión del déficit regional, mediante la activación de los llamados 'patti di rientro' (pactos de devolución). A pesar de esta tendencia imperante, la interpretación del Tribunal Constitucional sobre el reparto de competencias dejó diferentes espacios para la intervención del Estado que debe garantizar la igualdad de los ciudadanos. Desde que la necesidad de controlar el gasto público ha venido siendo la pauta dominante, el gobierno central se ha ocupado principalmente de establecer los parámetros de equilibrio, especialmente en términos de eficiencia. Esto ha debilitado el enfoque de la cultura de servicio público y la equidad de la atención. Para garantizar la igualdad en un marco de diferenciación sostenible de las organizaciones se han determinado unos niveles esenciales, que son responsabilidad exclusiva del Estado, pero la experiencia pone de manifiesto que se ha sobreestimado la fuerza reequilibradora de los niveles esenciales.

Palabras Clave

sistema nacional de salud; estructura regionalista; gobernanza; niveles esenciales

Abstract

The regionalist structure of the Italian National Health Service began to take shape in the 90 and is strongly linked to demands that respond mainly to the principles of efficiency and control of public expenditure. This trend was reinforced by the constitutional reform of 2001. The subject that is now attributed to shared competence is "health protection", with a greater scope than the previous one, which was limited only to health and hospital care. This has led to a strengthened regionalization of the health system. As partial compensation, the state authorities have retained a strong governance power in the area of controlling public expenditure, especially in the case of regional deficit management, through the activation of the so-called 'patti di rientro' (repayment pacts). Despite this prevailing trend, the Constitutional Court's interpretation of the distribution of competences left different spaces for State intervention, which must guarantee the equality of citizens. Since the need to control public spending has been the dominant pattern, the central government has been mainly concerned with setting the parameters of equilibrium, especially in terms of efficiency. This has weakened the focus of the public service culture and the equity of care. In order to ensure equality within a framework of sustainable differentiation of organizations, essential levels have been identified, which are the exclusive responsibility of the State, but experience shows that the rebalancing force of essential levels has been overestimated.

Keywords

national health system; regionalist structure; governance; essential levels

[1] Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 "Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

1. LA HUELLA REGIONALISTA DE LAS REFORMAS DE LOS AÑOS 90 DEL PASADO SIGLO

La creación del servicio nacional de salud en Italia en 1978 tuvo el mérito de perfilar, entre otras cosas, un nuevo y moderno modelo de organización administrativa que fue recibido con gran interés[2]. De hecho, fue una de las primeras ocasiones en las que se perfiló una administración en red, es decir, un sistema de autoridades públicas repartidas por el territorio, a escala municipal o supramunicipal, dirigidas funcionalmente por el centro constituido por el Ministerio de Sanidad. Dichos centros, denominados unidades sanitarias locales, estaban formados por organismos elegidos por los Ayuntamientos, que reflejaban los diferentes equilibrios de las situaciones locales, pero regidos por el centro en función de un criterio que aún prevalecía en la época: el de la uniformidad organizativa[3]. El objetivo principal, que explicaba la estructura de este modelo organizativo era el de garantizar una fuerte presencia de los operadores públicos en el sector sanitario de todo el país, invirtiendo de forma decisiva la tendencia que había predominado hasta entonces, en la que el servicio sanitario era esencialmente privado[4].

La elección del ámbito municipal como campo de actuación preferente se debió, por lo tanto, a la garantía que este ofrecía en cuanto a la capilaridad de la presencia pública en cada ámbito territorial, asegurando la urgente necesidad de proteger la igualdad de los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios. Es interesante señalar que esta elección se hizo al día siguiente de la activación de las instituciones regionales que se había producido algunos años antes. Aunque en la Constitución Italiana el tema de la sanidad y de la atención hospitalaria se repartía entre el Estado y los gobiernos de las regiones, la capacidad organizativa de estas se vio muy reducida después de implantarse este modelo diseñado directamente por el centro en 1978.

Sin embargo, la crisis del sector público en Italia a principios de los años 90 provocó un cambio radical en las políticas públicas y, en lo que respecta a la asistencia sanitaria, dio lugar a una nueva estructura de responsabilidades, que quedó plasmada en el Decreto Legislativo núm. 502 del año 1992[5]. Los importantes déficits sanitarios acumulados por las regiones se debían a la falta de responsabilidad regional en la búsqueda y la gestión de recursos públicos, que hasta entonces procedían exclusivamente del fondo sanitario nacional controlado por el Ministerio de Sanidad, lo que llevó al legislador nacional a aumentar el papel de las regiones, permitiéndoles tener una influencia más significativa en la organización territorial de la sanidad. De hecho, después de 1992, las unidades sanitarias locales se convirtieron en estructuras dependientes de las regiones, que pudieron rediseñarlas en cuanto a su ámbito territorial de referencia, produciéndose una sustancial reducción en el número de las mismas. Los distritos correspondientes ya no se hacían coincidir con los municipios; a excepción de las grandes ciudades, en la mayoría de las regiones italianas las unidades sanitarias locales pasaron a organizarse a escala provincial o según los distritos territoriales originales que, en cualquier caso, eran grandes áreas y, en algunos casos, incluso directamente regionales, con una única unidad sanitaria que cubría todo el territorio regional[6]. Además, la reorganización de los hospitales

[2] Cfr. L. Giannico, *Amministrazione sanitaria. Storia*, in M.S. Giannini, G. de Cesare, *Dizionario di diritto sanitario,* Milán, Giuffré, 1984, pág. 74 y ss.; N. Aicardi, *La sanità*, in S. Cassese (Eds.), *Trattato di diritto amministrativo*, Milán, Giuffré, 2033, 630 ss.; R. Balduzzi, *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009.

[3] Cfr. G. Falcon, *Unità sanitaria locale*, in M.S. Giannini, G. De Cesare, *Dizionario di diritto sanitario,* Milán, Giuffré, 1984, pág. 588 y ss.

[4] Lo ha recordado más recientemente F. Saitta, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. fed.*, 2018, págs. 792-794.

[5] Este aspecto está indudablemente consolidado en la literatura especializada; para todo ello véase A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Turín, Giappichelli, 2020.

[6] Por ejemplo, es bien sabido que la región de Las Marcas sólo cuenta con una unidad sanitaria local para toda la región, solución que también siguen las regiones de Molise y Cerdeña. Por otro lado, las regiones de Lombardía, Toscana y Véneto destacan como regiones que han construido distritos sanitarios de área amplia, que están desalineados con las circunscripciones territoriales administrativas de representación. Las demás regiones, en cambio, han dado preferencia al nivel provincial para la organización de la asistencia sanitaria.

ha permitido que la mayoría pasen a depender de las regiones, tanto si han permanecido dentro de las unidades sanitarias locales como unidades hospitalarias como si se han transformado en empresas hospitalarias. No menos significativas son las condiciones que las regiones pueden imponer a las entidades de hospitalización y asistencia de carácter científico, aunque en este caso el Estado también conserva algunos mecanismos de control[7].

A esto hay que añadir que, desde los años 90, las responsabilidades de gestión financiera de las regiones han aumentado, gracias a la posibilidad de utilizar algunas nuevas fuentes de ingresos como las vinculadas a la participación de los usuarios en los gastos y algunos impuestos específicos de responsabilidad regional.

Así pues, puede decirse que la estructura regionalista del Servicio Nacional de Salud italiano comenzó a tomar forma en los años 90 y está fuertemente vinculada a exigencias que responden principalmente a los principios de eficiencia y de control del gasto público. A diferencia de otros ámbitos sectoriales, en los que desde los años setenta el regionalismo italiano ha estado impulsado por el deseo de garantizar una mayor participación de los territorios en las decisiones públicas y, por tanto, en una dirección dirigida a reforzar las condiciones democráticas del sistema legal, en el caso de la sanidad el sistema regionalista ha tenido una motivación diferente: recuperar la eficiencia del sistema y reducir el gasto público.

2. EL IMPACTO DE LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 2001

Esta tendencia se vio reforzada con la reforma constitucional de 2001. Aunque las regiones han conservado las competencias compartidas en materia de sanidad, su posición ha cambiado. Esto se debe en parte al hecho de que el tema ha sido rebautizado y en parte al cambio de contexto de la división de poderes entre el Estado y las regiones. Desde el primer punto de vista, cabe señalar que la materia que ahora se atribuye a la competencia compartida es la de "protección de la salud", cuyo alcance se considera indudablemente mayor que el anterior, que se limitaba únicamente a la asistencia sanitaria y hospitalaria[8]. Pero, sobre todo, el refuerzo de las regiones se deriva del nuevo contexto del equilibrio de poderes existente entre el Estado y las regiones: desde que la reforma de 2001 modificó la atribución de las materias residuales a las regiones, se argumentó que el Estado sólo podía ejercer la función legislativa dentro de los límites de las competencias explícitamente previstas por el artículo 117 de la Constitución, sin poder siquiera hacer uso de la facultad extraordinaria del interés nacional. Además, estas condiciones se han visto agravadas por el fortalecimiento de la autonomía financiera regional y la correspondiente reducción de la dependencia de las transferencias estatales, lo que ha ampliado aún más los márgenes de elección política de las regiones, así como el criterio de asignación de funciones administrativas que favorece a los niveles de gobierno más cercanos a los territorios administrados.

En este contexto, existía la convicción generalizada de que la organización del sistema sanitario debía ser responsabilidad de las regiones, que se reservarían así no sólo la organización de los centros públicos, sino también las relaciones con las entidades privadas y, en particular, con los operadores sanitarios privados acreditados. Esto ha dado lugar a una regionalización reforzada del sistema sanitario. Muchos observadores señalaron que el Sistema Nacional de Salud italiano debía considerarse ahora como un sistema compuesto por veintiún sistemas regionales de salud, algunos de los cuales eran muy diferentes entre sí[9]. El mayor impacto de esta cultura regionalista se produjo a nivel organizativo: el Ministerio de Sanidad fue cediendo sus competencias de coordinación sobre

[7] Sobre este particular, consúltese F. Giglioni, *Manuale di diritto sanitario*, Molfetta, Neldiritto, 2020, págs. 15-130.

[8] Cfr. D. Morana, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milán, Giuffré, 2002; G. Carpai, D. Morana, *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. Balduzzi, G. Carpai (Eds.), *Manuale di diritto sanitario*, Bolonia, Il Mulino, 2013, págs. 95-121.

[9] Cfr. las preocupaciones formuladas en Cfr. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, 2, pág. 8.

los centros sanitarios, limitándose a trabajar en la determinación de los niveles esenciales de atención, que según el artículo 117, epígrafe 2, de la Constitución Italiana, se asigna en exclusiva al Estado, así como al control de las fronteras y las políticas internacionales. De este modo, fue perdiendo poco a poco las herramientas de gobierno y el conocimiento del sistema sanitario. La coordinación se logró a través de los instrumentos de negociación, pero en esos foros el Ministerio se presentó con cada vez con menor capacidad de influencia[10].

Como compensación parcial, las autoridades estatales han conservado un fuerte poder de gobernanza en el ámbito del control del gasto público, especialmente en el caso de la gestión del déficit regional. Mediante la activación de los llamados '*patti di rientro*' (pactos de devolución), el Estado ha podido influir en las opciones políticas regionales, condicionando también el plano organizativo, con el objetivo prioritario de salvaguardar el equilibrio financiero[11]. Sin embargo, este papel lo ha ejercido el gobierno de forma parcial, afectando sólo a las regiones con peor capacidad de gestión financiera y con carácter temporal. Además, el instrumento más utilizado en la gobernanza de las regiones deficitarias ha sido la figura del comisario, aunque casi siempre el Comisario del Gobierno ha coincidido con el Presidente de la región, teniendo como consecuencia que el condicionamiento de las autoridades gubernamentales ha debido tener en cuenta la organización regional previa a la que los presidentes regionales están obviamente vinculados. Además, la recuperación de la intervención estatal no supuso una contención de la pérdida de control del Ministerio de Sanidad, ya que las funciones de gestión del gasto las ejercía el Ministerio de Economía. En cierto sentido, por tanto, puede decirse que el Ministerio de Sanidad se ha debilitado en una doble dirección: por un lado, frente a las regiones, y por otro, frente al Ministerio de Economía, que ha catalizado las políticas públicas durante los últimos treinta años, dominadas por el control de las finanzas públicas.

A pesar de esta tendencia imperante, se destaca que la interpretación ofrecida por el Tribunal Constitucional sobre el reparto de competencias dejó incluso diferentes espacios para la intervención del Estado. De hecho, no han faltado pronunciamientos judiciales que han destacado la importancia de garantizar la igualdad de los ciudadanos, también a través de la determinación por parte del Estado de espacios de regulación más amplios que los que la interpretación dominante ha dejado entender. En el sistema italiano, la competencia concurrente reserva al Estado la posibilidad de definir unos principios generales, y en este contexto el Tribunal Constitucional ha señalado de forma reiterada que la determinación de los principios no debe resolverse a base de meros pronunciamientos de carácter absolutamente general, sino que puede referirse a contenidos normativos preceptivos que fundamenten el principio de igualdad de los ciudadanos, finalidad principal del establecimiento del Servicio Nacional de Salud. Es conocida, por ejemplo, la posición adoptada por el Tribunal sobre la necesidad de garantizar la igualdad de acceso a los tratamientos considerados de riesgo[12] o, aún más recientemente, la legitimidad de las opciones nacionales que sancionan la eficacia de la continuidad de los cuidados, aunque ello afecte directamente a la organización territorial de los centros sanitarios[13]. Estas indicaciones del Juez Constitucional, indudablemente favorables a la preservación del papel del gobierno central, han resultado sin embargo recesivas frente a un enfoque político destinado a salvaguardar el papel de las regiones.

3. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL NUEVO SIGLO EN EL ÁMBITO SANITARIO

El desarrollo regionalista del sistema sanitario ha ido acompañado de una tendencia en las políticas de salud pública que han pretendido potenciar la competencia de los territorios y de sus actores. Desde que la necesidad de controlar el gasto público ha venido siendo la pauta dominante, el

[10] Así como en A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in *Gior. dir. amm.*, 2020, págs. 565-566.

[11] Cfr. M. Belletti, *"Livelli essenziali delle prestazioni" e "coordinamento della finanza pubblica"*, in C. Bottari, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, pág. 17 y ss.

[12] Nos referimos aquí a las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 282 de 2002 y núm. 338 de 2003.

[13] Véanse las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 157 de 2019 y núm. 53 de 2020.

gobierno central se ha ocupado principalmente de establecer los parámetros de equilibrio, estimulando a las regiones para que alcancen los resultados esperados, especialmente en términos de eficiencia. Esto ha debilitado el enfoque de la cultura de servicio público y la equidad de la atención. El servicio sanitario se ha ido delineando cada vez más como un complejo de servicios destinados a satisfacer la demanda manifiesta de salud, asignando la centralidad no a las necesidades del individuo sino a la demanda de un servicio. En este sistema, como es obvio, es más importante centrar la atención en la oferta de los servicios, desarrollar las especializaciones médicas, orientar la oferta según una lógica que simule el mercado y vincular la financiación al pago de los servicios prestados[14].

Desde que se ha acentuado la dimensión competitiva, es natural que las regiones defiendan sus prerrogativas organizativas. La adquisición de recursos depende más de la capacidad de atracción de la demanda sanitaria, y es sobre esta base como las regiones defienden sus opciones organizativas de las injerencias estatales, que inevitablemente parecerían contradictorias con la dinámica competitiva generada. En un momento en que la principal directriz del gobierno estatal coincidía con la necesidad de garantizar unos niveles esenciales en donde se aplicasen unos modelos eficientes, el Ministerio de Sanidad y el sistema de autoridades estatales desempeñaron principalmente el papel de árbitro de la competencia territorial, dejando una amplia autonomía organizativa a las regiones[15]. El resultado ha provocado un aumento de las diferencias entre los territorios regionales, pero también dentro de ellos. Las desigualdades han crecido no sólo entre las regiones. En Italia la diferencia se aprecia entre las regiones del norte y las del sur, pero también dentro de las propias regiones, entre las zonas urbanas, en las que se concentran las instalaciones sanitarias en nombre de la eficiencia, y las zonas del interior, caracterizadas por el abandono de las instalaciones de los servicios públicos[16].

Un ejemplo significativo de lo que se está debatiendo se refiere a la función de prevención. El principal instrumento organizativo de las políticas de prevención son los departamentos creados a nivel de las unidades sanitarias locales. A pesar de la adopción, tanto a escala nacional como regional, de planes de prevención y de un plan nacional de cronicidad, sigue faltando un conjunto de valores y de indicadores homogéneos que proporcionen una base de información suficientemente fiable. A pesar de la relevancia del impacto que las medidas de prevención pueden generar sobre los determinantes de la salud, el sector relativo constituye a menudo la parte con menos financiación para las unidades sanitarias locales, porque carece de esa conexión con la demanda de salud que guía la organización de la oferta pública[17]. Además, las actividades realizadas se concentran excesivamente en las medidas de supervisión y de control, mientras que están completamente ausentes las nuevas figuras sociales y educativas, capaces también de desarrollar campañas de comunicación e información que aumenten la responsabilidad y la implicación de los ciudadanos. El fortalecimiento de las estructuras de prevención debe consistir también en el desarrollo de formas más efectivas de participación inclusiva de la población en los objetivos de salud pública, pero esto implicaría una discusión sobre el valor de servicio público de la oferta sanitaria, que es un elemento completamente ausente. Los territorios deben también ser capaces de producir una cultura de la salud diferente, capaz de reflejar la organización social actual y las formas de organización representativas[18], pero esta dirección no se ha fomentado lo suficiente a lo largo de los últimos años.

[14] Véase la contribución original en relación a estos aspectos de M. D'Angelosante, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012.

[15] Remítase a las consideraciones sobre este asunto ya realizadas en F. Giglioni, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo*, 2020, págs. 108-113.

[16] Véanse N. Giannelli, *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in *Riv. pol. soc.*, 2019, 3, pág. 9; M. Lucchini, S. Sarti, M. Tognetti Bordogna, *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (Eds.), *Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione*, Bolonia, Il Mulino, 2009, págs. 188-189.

[17] Este punto ha sido bien ilustrado por V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in *Riv. BioDiritto*, 2019, 2, págs. 47-49.

[18] Sobre este punto incide de forma muy pertinente A.R. Favaretto, *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in R. Balduzzi (Ed.), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009, págs. 178-179.

4. LA SOBREESTIMACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS NIVELES ESENCIALES PARA GARANTIZAR LA IGUALDAD DE LOS CIUDADANOS

Es útil comprobar si estos cambios pueden haberse equilibrado por el establecimiento de unos niveles esenciales de atención, que alguna doctrina ha llegado a concebir como la nueva declinación de la igualdad[19]. De hecho, las nuevas indicaciones que han afectado a la organización de la asistencia sanitaria han sido asumidas de forma consciente: el reto lanzado era el de seguir garantizando la igualdad de los ciudadanos ante los problemas sanitarios dentro de una arquitectura organizativa que, sin embargo, abandonaba el principio de uniformidad. En definitiva, garantizar la igualdad en un marco de diferenciación sostenible de las organizaciones suponía concentrar la elección política en la determinación de unos niveles esenciales, que son responsabilidad exclusiva del Estado. Sin querer subestimar la importancia de esta cuestión, a la luz de lo que ha surgido en los últimos treinta años, puede decirse que se ha sobreestimado la fuerza reequilibradora de los niveles esenciales[20].

De hecho, incluso la determinación de los niveles esenciales parece ser una opción coherente con el marco transformador descrito[21]. En consonancia con el modelo organizativo emprendido durante los años noventa del pasado siglo, las misiones del servicio público se han visto mermadas. Si, por un lado, proceder al establecimiento de servicios específicos como definición del nivel esencial ofrece mayor claridad en cuanto a las obligaciones que deben respetar las regiones, por otro, sin embargo, también señala una tendencia en la que el servicio público se connota exclusivamente en términos de suma de servicios, entendidos como el producto de las actividades de las empresas. De este modo, hay toda una serie de operaciones y actividades que no son reconocibles como auténticos servicios y que, sin embargo, son determinantes esenciales de la salud, quedando excluidas del Servicio Público de Salud[22]. Pensemos por ejemplo en las actividades de control de la higiene, la educación alimentaria, la eliminación de las causas de la contaminación que provocan riesgos para la salud y la lucha contra las condiciones socialmente desfavorecidas. Sin duda, estas actividades también son importantes, aunque no estén realmente incluidos en el significado de los servicios. La Agencia Nacional de Servicios Sanitarios, en la presentación de su informe del año 2019, admite que el Plan Nacional de Resultados, aunque apreciable, no ha desarrollado aún indicadores que permitan evaluar la atención territorial y parece estar demasiado desequilibrado en la atención especializada[23].

Es mérito del Tribunal Constitucional que haya prevalecido una interpretación que no reduzca los niveles esenciales, lo que ha permitido desarrollar una noción más rica que el Gobierno ha tenido que tener en cuenta. Tras una primera articulación de los niveles esenciales, concebida sustancialmente como una lista de servicios, vino la aprobación de posteriores intervenciones normativas en las que

[19] Cfr. E. Balboni, *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (Eds.), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e i provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milán, Giuffré, 2007, pág. 27 y ss.

[20] El débil carácter de reequilibrio de los niveles esenciales ya había sido subrayado por E. Ferioli, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, in *Le Regioni*, 2006, págs. 572-573.

[21] Sobre esta cuestión véase M. D'Angelosante, C. Tubertini, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in A. Pioggia, A. Bartolini, *Cittadinanze amministrative*, in D. Sorace, L. Ferrara (Ed.), *A 150 anni dall'unificazione italiana*, Florencia, VIII, 2017, págs. 111-112.

[22] La influencia de las condiciones sociales sobre el estado de salud de una persona es harto conocida, por ejemplo; véase V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità, cit.*, págs. 36-37.

[23] Esto, de hecho, es lo que se lee en las conclusiones del Programa Nacional de Resultados del año 2019, publicadas en la *web* institucional de la Agencia Nacional de Servicios Regionales de Salud (AGENAS). Sobre esta cuestión también insiste mucho A. Pioggia, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, *cit*., págs. 53-54.

además de incluían estándares de calidad[24], elementos de coste[25] e incluso contenidos mínimos[26], aunque con la cautela de mantener un espacio de intervención regional. El Decreto del Presidente del Consejo de Ministros (DPCM) del 12 de enero de 2017 es el resultado de esta orientación consolidada que hace de los niveles esenciales un factor baricéntrico del sistema global. Sin embargo, esto no ha contribuido lo suficiente a neutralizar una noción de servicio público alineada sobre todo con las garantías de rendimiento[27]. Así lo confirma la limitación que el propio Tribunal Constitucional ha reconocido a las regiones sujetas al Plan de Devolución, que no pueden determinar más niveles esenciales que los fijados por el Estado, aunque se financien de forma independiente[28]. Este caso muestra claramente que la función de reequilibrar las diferencias en los niveles esenciales no ha logrado reintroducir una noción amplia del servicio público.

El segundo punto débil de los niveles esenciales de atención es el irreprimible margen de discrecionalidad en su aplicación, por diversas razones[29], entre los que destaca el importante asunto de la idoneidad. Los avances en la tecnología médica, pero también la incertidumbre científica sobre el origen de ciertas enfermedades, hacen que sea objetivamente difícil conseguir la misma forma de atender a los pacientes en todo el territorio. Como consecuencia, aunque exista la obligación de atender una misma demanda sanitaria en función de los niveles esenciales, puede haber respuestas diferentes en el conjunto del territorio. Prueba de ello es el caso de los enfermos de Alzheimer, por ejemplo, que ha dado lugar a diferentes orientaciones sobre la viabilidad de la asistencia domiciliaria en lugar de la residencial, dado que en los círculos científicos se discute si el Alzheimer debe considerarse un estado de enfermedad o una degeneración social de la vejez[30]. Por lo tanto, no parece que los niveles esenciales sean realmente capaces de garantizar la igualdad de servicios dentro del territorio para una misma demanda sanitaria.

La cuestión de los niveles esenciales también ha tenido el efecto de minimizar la atención prestada por el centro a los territorios[31]. Al hacer un gran hincapié en la función del restablecimiento

[24] Véanse las sentencias del Tribunal Constitucional núm. 134 de 2006 y núm. 80 de 2007, recogidas en muchas otras sentencias posteriores.

[25] Véanse, por ejemplo, las sentencias del Tribunal núm. 203 de 2008 y núm. 187 de 2012.

[26] Véase, por ejemplo, la sentencia núm. 192 de 2017 del Tribunal Constitucional, que atribuye a la determinación de los niveles esenciales la capacidad para definir los volúmenes cuantitativos y los criterios cualitativos de los servicios, a los que corresponde también la organización de un sistema de seguimiento y comprobación que pueda traducirse también en nuevas intervenciones en caso de que las estructuras se desvíen de estos parámetros.

[27] Cfr. V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità*, *cit*., págs. 42-45, que señala que, por ejemplo, los costes se incluyen en los niveles esenciales de forma muy relativa, ya que las tarifas de los servicios individuales no están asociadas a ellos.

[28] Esto se pone en evidencia de forma crítica y con claridad en C. Buzzacchi, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?*, in *Le regioni*, 2019, págs. 320-322.

[29] Cfr. sobre esta cuestión R. Nania, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in M. Sesta (Ed.), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, págs. 39-40; M.G. Roversi Monaco, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. Sesta (Ed.), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, pág. 601; M. Cosulich, G. Grasso, *Le prestazioni sanitarie*, in R. Balduzzi, G. Carpani (Ed.), *Manuale di diritto sanitario*, Bolonia, Il Mulino, 2013, pág. 349; C. Panzera, *I livelli essenziali secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, pág. 3373; C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, Bolonia, BUP, 2008, págs. 309-314; G. Cocco, *I livelli essenziali delle prestazioni*, in *Studi in onore di Gianni Ferrara*, Turín, Giappichelli, 2005, II, págs. 53-55.

[30] Un caso especialmente emblemático es el que enfrentó a la Región de Piamonte con una asociación de protección de enfermos de Alzheimer, que dio lugar a un litigio en el que el juez de primera instancia y el de apelación adoptaron posturas opuestas: véase sentencia núm. 199 del Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Piamonte, del 31 de enero de 2014 y la Resolución núm. 604, del Consejo de Estado, Sección III, del 6 de febrero de 2015. Sobre este punto permítanme referirme a F. Giglioni, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle regioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2015, pág. 529 y ss.

[31] Cfr. G. Carpani, *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'Esecutivo e l'amministrazione statale*, in C. Bottari (Ed.), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, págs. 103 y ss.; E.

del equilibrio y la igualdad que debían garantizar los niveles esenciales, la administración estatal ha concentrado sus esfuerzos principalmente en este punto, descuidando el uso de otros resortes que permiten influir en las políticas sanitarias llevadas a cabo por las regiones. Por ejemplo, aunque los niveles esenciales incluyen también servicios de prevención, tanto básicos como de integración sociosanitaria, sólo recientemente se han empezado a aplicar referencias homogéneas para las regiones e indicadores que permiten medir los resultados obtenidos[32]. Precisamente sobre estos ámbitos de protección, objetivamente más débiles por estar menos sujetos a la normalización[33], se plantea la vieja cuestión de la compatibilidad financiera, que siempre acompaña a los niveles esenciales[34]. También en este aspecto, las importantes afirmaciones jurisprudenciales del Tribunal Constitucional, autorizadamente reafirmadas recientemente, sobre un núcleo incompresible del derecho a la salud sustraído a los condicionamientos financieros, no resuelven todos los problemas, que son sobre todo de carácter organizativo[35].

En conclusión, por lo tanto, puede decirse que el establecimiento de los niveles esenciales, señalado como la función decisiva exclusiva que permite garantizar el equilibrio de la diferenciación organizativa, logra, por razones que pueden definirse como estructurales, sólo en parte garantizar este resultado[36].

5. LAS HIPOCRESÍAS DESVELADAS A RAÍZ DE LA EXPERIENCIA PANDÉMICA

La evolución desequilibrada que supuso la combinación de la organización sanitaria regional y la eficiencia de la organización, totalmente centrada en la prestación de una atención especializada, con el abandono de la atención territorial, mostró toda su inadecuación durante la pandemia de Sars-Cov-2. La lucha contra la propagación de la pandemia requiere un sistema organizativo que sea capaz de gestionar el territorio en lugar de tratar a los enfermos, y las políticas de los últimos treinta años han seguido una tendencia diferente, como se ha demostrado hasta ahora. La consecuencia ha sido que regiones normalmente consideradas entre las mejores hasta el momento en cuanto a la organización de la atención especializada, han sufrido enormemente durante la pandemia, debido a la dificultad de gestionar un nuevo problema sanitario que tenía características completamente diferentes.

Ferioli, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, *cit*., pág. 564 y ss.

[32] La labor de seguimiento y medición más avanzada en este punto es la que lleva a cabo el *Istituto Superiore di Sanità*, a través del sistema de vigilancia Passi, acrónimo de Progresos de las Autoridades Sanitarias para la Salud en Italia, que se centra en una serie de indicadores clave relacionados con el estado de salud de la población de los que depende la calidad de vida. Para consultar estos datos, véase la sección *Epicentro* del Instituto Superior de Sanidad. De forma más general, la debilidad de estos aspectos en el sistema sanitario se aborda en V. Molaschi, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, *cit*., págs. 39-40. A nivel de la OCDE, Suiza, Eslovenia, los Países Bajos y Grecia también se encuentran en esta situación, mientras que sólo Luxemburgo e Irlanda no disponen aún de instrumentos de medición, ni siquiera en fase embrionaria. Sin embargo, todos los demás países han elaborado datos de referencia: véase el informe de la OCDE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

[33] Cfr. F. Pammolli, F. Porcelli, F. Vidoli, M. Autori, G. Bora, *La sanità delle regioni*, Bolonia, Il Mulino, 2020, pág. 81, que revelan que la adecuación de la oferta y la demanda de servicios sanitarios depende de factores adicionales que a menudo se pasan por alto, como la calidad de los servicios, las diferentes formas de acceder a los mismos, los niveles de riqueza privada, los estilos de vida, los factores genéticos y las variables ambientales.

[34] Cfr. C. Tubertini, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Bolonia, BUP, 2018, I, pág. 548, que señala el interesante hecho de que el 95% de los recursos públicos cubren el gasto hospitalario, pero el porcentaje es de un tercio o aún menor para otras áreas del gasto sanitario.

[35] Nos referimos, por supuesto, a las conocidas sentencias del Tribunal Constitucional núms. 304 de 1994, 267 de 1998, 309 de 1999, 252 de 2001, 203 de 2016, 103 de 2018 y 62 de 2020.

[36] Prueba de ello es un documento publicado por el propio Ministerio de Sanidad en 2014, que tiene por título: *Analisi spazio-temporale degli indicatori della Griglia LEA relativa all'adempimento sul «mantenimento dell'erogazione dei LEA*. (Análisis espacio-temporal de los indicadores de la Red LEA relacionados con el cumplimiento sobre el "mantenimiento de la dotación de niveles esenciales de asistencia (LEA)".)

Lo más interesante, sin embargo, fue observar un cambio brusco en los planteamientos seguidos hasta ahora. La organización sanitaria territorial, que hasta entonces se consideraba un ámbito de exclusiva relevancia regional, a pesar de las advertencias del Tribunal Constitucional, pasó a formar parte de la definición de las normas nacionales y el Estado empezó a ocuparse también, cada vez más, de esta cuestión material.

Por ejemplo, se destaca la disposición contenida en el artículo 1, epígrafe 1, del Decreto Legislativo núm. 34, del año 2020, que obliga a todas las regiones y provincias autónomas a adoptar planes territoriales de atención para la organización de la coordinación entre los organismos territoriales, de forma que los departamentos de prevención estén en contacto con los médicos de cabecera y con las unidades especiales de continuidad asistencial para el seguimiento, la vigilancia, la asistencia y la constatación diagnóstica de los positivos o posibles positivos que no requieran hospitalización. La activación de la herramienta de planificación general de la atención territorial, que va más allá de las referidas solamente a categorías específicas, constituye un primer paso significativo en la gobernanza de este ámbito de atención, que no debe quedar limitado a la gestión de la emergencia del Covid19[37]. Lo importante es el contenido de estos planes, que establecen esos vínculos entre los departamentos de prevención y los médicos de cabecera que, como ya se ha dicho, han estado hasta ahora separados y fragmentados.

También es coherente con este planteamiento la creación de centros operativos regionales para la coordinación de las actividades sanitarias y sociomédicas, que deberán funcionar de manera conjunta con todos los servicios, incluidos aquellos que intervienen en las emergencias, para aumentar la integración entre los distintos tipos de intervención. Para ello, los centros deberán utilizar también las herramientas de información y telemedicina, simplificando así las herramientas de coordinación y los pasos de información necesarios.

La escasa coordinación territorial de las estructuras dedicadas a la prevención ha llevado al legislador nacional a prever la creación de unidades especiales de continuidad asistencial, estableciendo además una norma nacional en la que se prevea la creación de una unidad por cada cincuenta mil habitantes. De hecho, esto constituye una importante limitación de la autonomía regional, que se remonta a los principios generales de organización de la asistencia territorial, lo que demuestra claramente la posibilidad de que el Estado afecta a este importante componente de la protección sanitaria. Las unidades especiales de continuidad asistencial desempeñan un papel fundamental en el tratamiento domiciliario de los presuntos positivos o de los positivos asintomáticos, por lo que representan un elemento importante para reforzar el servicio domiciliario. La composición actual, que incluye no sólo a los médicos generalistas, sino también a los médicos que asisten a cursos de medicina general y a los licenciados en medicina habilitados o inscritos en el Colegio de Médicos, pone de manifiesto el carácter temporal de estas medidas[38], que, no obstante, pueden ser confirmadas

[37] Destaca este aspecto como uno de los más importantes de las nuevas medidas de reorganización territorial - A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, *cit*., pág. 561.

[38] A este respecto, es interesante dar cuenta de la polémica que suscitó la impugnación de la medida por la que la Región del Lacio creó, junto a las unidades especiales de continuidad asistencial, otros organismos complementarios territoriales que cuentan con todos los centros de prevención, también en función de la atención domiciliaria por parte de los médicos de cabecera. En su sentencia de primera instancia núm. 11991, el Tribunal Administrativo Regional (TAR) del Lacio, Roma, con fecha del 16 de noviembre de 2020, juzgó ilegítima la disposición porque contradecía la institución de las unidades especiales de continuidad asistencial, cuya creación servía también para no interrumpir o dificultar la actividad ordinaria de los médicos de cabecera durante la pandemia. Hay que enfatizar que esto se refiere específicamente a una situación contingente, pero al mismo tiempo esboza un papel muy limitado para el médico de cabecera. Sin embargo, en la sentencia de apelación, el juez del Tribunal Administrativo adopta un enfoque completamente diferente. En virtud de la sentencia adoptada por el Consejo de Estado núm. 8166, Sección III, con fecha del 18 de diciembre de 2020, se subraya que la medida de emergencia adoptada para crear las unidades especiales de continuidad asistencial no debe llevar a una conclusión que incluso prohíba a los médicos de cabecera prestar servicios a domicilio, porque esto contradice una función típica del médico de cabecera, que es aún más importante durante un período crítica como es el de una pandemia.

por las regiones. Además, la integración posterior, que tuvo lugar con el artículo 1, epígrafe 7-*bis*, del Decreto Legislativo núm. 34 del año 2020, que incluyen en estas unidades especiales también otras especialidades, como es el caso de los psicólogos, hasta un máximo de dos por un máximo de 24 horas semanales de servicio, va en la dirección de desarrollar la integración entre diferentes profesiones para hacerse cargo de las personas contagiadas.

Otra disposición que avanza en la línea de lo destacado hasta ahora es la relativa a la institución de la nueva figura de la enfermera de familia o comunitaria, que algunas regiones ya habían anticipado. También en este caso el Estado marca una pauta organizativa sin precedentes en la asistencia territorial, estableciendo la creación de un equipo de ocho enfermeras por cada 50.000 habitantes, también con contratos de colaboración coordinados y continuados. Por el momento, la tarea principal es reforzar las unidades especiales de continuidad asistencial, aunque en el artículo 1, epígrafe 5, del Decreto Legislativo núm. 34 del año 2020, se establece que la actividad de apoyo debe garantizarse con respecto a los servicios de atención primaria, por lo que cuenta con un espectro de tareas mucho más amplio que la mera gestión de emergencias. De hecho, las regiones también pueden contratar a estas personas con contratos indefinidos a partir de 2021, lo que permite considerar esta medida organizativa como llamada a mantenerse[39].

La Ley de Salud Pandémica también incluye disposiciones relativas a la experimentación de nuevas formas de participación inclusiva de las organizaciones cívicas, con especial referencia a las organizaciones locales de voluntariado y a las entidades del sector terciario para el bienio 2020/2021. En particular, el Ministerio de Sanidad, tras el acuerdo alcanzado en la Conferencia del Estado y las Regiones, pasará a coordinar la experimentación de la participación ciudadana en las estructuras de proximidad "para la promoción de la salud y la prevención, así como para la atención y la rehabilitación de las personas más frágiles" con el pleno cumplimiento del principio de integración sociosanitaria[40]. La disposición sugiere que la coordinación se referirá a la ejecución de proyectos establecidos dentro del territorio, al término de los cuales, al final del periodo de experimentación de dos años, se determinarían las medidas consiguientes, que podrían adoptar la forma de documentos de información compartida o incluso de directrices. Por consiguiente, es interesante, que se haya iniciado un nuevo proceso de intervención del Estado también en lo que se refiere a la relación con las organizaciones sociales para superar el modelo institucional de asistencia. En este sentido, también se prevén importantes innovaciones, como la introducción del *presupuesto*individual y comunitario, que ofrece a los beneficiarios un espacio autónomo de autodeterminación en el uso de los recursos más vinculados a las necesidades reales de las personas. Todo ello debería favorecer la atención domiciliaria y una mayor responsabilidad de la comunidad en las necesidades de los ciudadanos, avanzando en una nueva dirección de la asistencia.

Se deduce, por lo tanto, que durante la pandemia, una serie de indicaciones organizativas para la asistencia sanitaria vinieron directamente del Estado, con la aceptación de la autonomía regional para hacer frente a una emergencia para la cual el Sistema Nacional de Salud no estaba en absoluto preparado, por razones de políticas públicas orientadas a diferentes objetivos.

6. LOS NUEVOS ESCENARIOS POSTERIORES A LA PANDEMIA

Ahora queda por saber si los últimos acontecimientos tendrán consecuencias duraderas o si los equilibrios establecidos durante la pandemia están destinados a quedar disueltos una vez que se supere la emergencia. El Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia que el Gobierno italiano ha presentado para acceder a la financiación del llamado *recovery fund* (Plan Nacional de Recuperación y Resiliencia (PNRR), en el que se esboza una serie de políticas que parecen invertir de forma novedosa en la asistencia básica del territorio y en la digitalización. Esto parece indicar que el cambio de rumbo

[39] Cfr. A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, *cit*., pág. 563.

[40] Así lo establece el artículo 1, párrafo 4-bis, del Decreto-Ley núm. 34 del año 2020.

está destinado a asentarse, aunque, desde el punto de vista de las previsiones financieras, parece que los perfiles que más interés despiertan son el desarrollo de la digitalización, que podría confundir la modernización tecnológica con la modernización de las políticas públicas de asistencia territorial. Todavía es demasiado pronto para comprender las tendencias de las políticas de salud pública tras la financiación europea extraordinaria.

Sin embargo, lo que la pandemia debería habernos enseñado es que los problemas de la sostenibilidad de los servicios o la eficiencia de su organización no pueden vivirse como variables independientes, sin la adecuada consideración de otros aspectos igualmente importantes e imprescindibles para la construcción de un sentido amplio del servicio público, que caracteriza al propio sistema sanitario. Por otra parte, la exigencia de una intervención más amplia del Estado tampoco significa que sea conveniente volver a un sistema basado en la uniformidad, dado que las desigualdades territoriales nunca han estado ausentes, ni siquiera cuando existía un acuerdo diferente. Sin embargo, también en este caso se trata de creer que gestionar las diferencias no significa simplemente arbitrarlas, estableciendo una clasificación entre los virtuosos y los viciosos, esperando así que los más débiles se pongan al día tarde o temprano[41]. Por el contrario, es necesario comparar los potenciales y las dificultades, corregir las distorsiones, describir las vías de adaptación previstas en el tiempo, acostumbrar a las administraciones territoriales a la planificación y tener en cuenta otras experiencias, además de indicar las prioridades organizativas[42]. Basarse únicamente en el establecimiento de unos niveles esenciales es insuficiente: al establecerse unos principios generales para la protección de la salud, es posible subsanar las deficiencias existentes sobre el terreno, que hacen que las desigualdades sean aún más graves. La organización no es una variable independiente de la protección de la salud[43], sino que es el principio de su consideración efectiva, por lo que el Estado podría y debería desempeñar un papel que hasta ahora no ha tenido[44]. Además, hay sentencias del Tribunal Constitucional que han destacado claramente este vínculo[45].

En 2020, el legislador estatal, impulsado por una emergencia que no admitía más retrasos, activó palancas que un año antes parecían impensables, afectando directamente a los centros sanitarios locales, fijando normas de organización, previendo acciones de coordinación, la contratación de nuevas figuras profesionales e incluso previendo nuevos experimentos. Las prioridades de la sanidad

[41] Sin embargo, también hay quienes señalan que en realidad el Estado ha limitado demasiado la capacidad de diferenciación regional; véase F. Saitta, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, *cit*., págs. 806-807; D. Morana, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale nuovi sviluppi normativi*, in *Oss. cost.*, 2018, pág. 7; E. Menichetti, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. Pioggia, M. Sugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (Eds.), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milán, Franco Angeli, 2008, págs. 27-31.

[42] Cfr. F. Laus, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, pág. 291.

[43] También lo destaca de forma convincente C. Tubertini, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, *cit*., págs. 548-549.

[44] Cfr. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 8; G. Rossi, *Introduzione al diritto amministrativo*, Turín, Giappichelli, 2000, pág. 61.

[45] Cfr. las sentencias del Tribunal Constitucional núms. 270 del año 2005, la 371 de 2008, la 124 de 2015, la 54 del año 2015, la 251 de 2016, la 231 de 2017 y la 159 de 2018. Sobre este asunto consúltese también V. Molaschi, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. Renna, C. Micciché, P. Pantalone (Eds.), *La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese*, Nápoles, Editoriale Scientifica, 2020, pág. 27 y ss.; A. Pioggia, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, pág. 293; C. Pinelli, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 3, págs. 659 y ss. Por otra parte, se ha señalado con acierto que la importancia de la organización es un aspecto decisivo para los derechos también porque el control de las opciones de macroorganización apenas puede practicarse: Cfr. C.M. Flood, A. Gros (Eds.), *The Right to Health at the Public/Private Divide*, Nueva York, Cambridge University Press, 2014, págs. 455-464; C. Tubertini, *Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi*, in C. Bottari, F. Foglietta, L. Vandelli (Eds.), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, Maggioli, 2013, pág. 127 y ss.; R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Turín, Giappichelli, 2007, pág. 240.

pública han cambiado por completo y, con ello, el nivel de gasto ha aumentado de forma considerable. Con el tiempo se podrá evaluar en qué medida estas medidas están relacionadas únicamente con factores contingentes. Algunas de estas medidas están, sin duda, marcadas por la temporalidad, pero hay muchos otros indicios que apuntan a que algunas de ellas están destinadas a permanecer y a consolidarse, lo que podría ser el principio de un nuevo inicio. No se trata de contradecir los presupuestos regionalistas, sino de asociar el regionalismo con diferentes prioridades de salud pública, que no se limitan únicamente a la eficiencia y al control del gasto.

BIBLIOGRAFÍA

Aicardi, N., *La sanità*, in S. Cassese (Eds.), Trattato di diritto amministrativo, Milán, Giuffré, 2033

Balboni, E., *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (Eds.), Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e i provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, Milán, Giuffré, 2007.

Balduzzi, R., *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Balduzzi, R., Servetti, D., *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in Rivista AIC, 2019, 2.

Belletti, M., "Livelli essenziali delle prestazioni" e "coordinamento della finanza pubblica", in C. Bottari, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014.

Buzzacchi, C., *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?,* in Le regioni, 2019.

Carpai, G., Morana, D., *Le competenze legislative in materia di «tutela della salute»*, in R. Balduzzi, G. Carpai (Eds.), Manuale di diritto sanitario, Bolonia, Il Mulino, 2013.

Carpani, G., *Le garanzie per l'effettività dei LEA: quale ruolo per l'Esecutivo e l'amministrazione statale*, in C. Bottari (Ed.), I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie, Rimini, Maggioli, 2014.

Cocco, G., *I livelli essenziali delle prestazioni,* in Studi in onore di Gianni Ferrara, Turín, Giappichelli, 2005, II.

Cosulich, M., Grasso, G., *Le prestazioni sanitarie*, in R. Balduzzi, G. Carpani (Ed.), Manuale di diritto sanitario, Bolonia, Il Mulino, 2013

D'Angelosante, M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012.

D'Angelosante, M., Tubertini, C., *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in A. Pioggia, A. Bartolini, Cittadinanze amministrative, in D. Sorace, L. Ferrara (Ed.), A 150 anni dall'unificazione italiana, Florencia, VIII, 2017.

Falcon, G., *Unità sanitaria locale*, in M.S. Giannini, G. De Cesare, Dizionario di diritto sanitario, Milán, Giuffré, 1984.

Favaretto, A. R., *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in R. Balduzzi (Ed.), Trent'anni di Servizio sanitario nazionale, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Ferioli, F., *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, in Le Regioni, 2006.

Ferrara, R., *L'ordinamento della sanità*, Turín, Giappichelli, 2007.

Flood, C.M., Gros, A. (Eds.), *The Right to Health at the Public/Private Divide*, Nueva York, Cambridge University Press, 2014

Giannelli, N., *Disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario italiano*, in Riv. pol. soc., 2019, 3.

Giannico, L., *Amministrazione sanitaria. Storia*, in M.S. Giannini, G. de Cesare, Dizionario di diritto sanitario, Milán, Giuffré, 1984

Giglioni, F., *Manuale di diritto sanitario*, Molfetta, Neldiritto, 2020.

— *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in Costituzionalismo, 2020.

— *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle regioni*, in Gior. dir. amm., 2015.

Laus, F., *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in Gior. dir. amm., 2019

Lucchini, M., Sarti, S., Tognetti Bordogna, M., *I welfare regionali e le differenze territoriali nelle disuguaglianze di salute*, in A. Brandolini, C. Saraceno, A. Schizzerotto (Eds.), Dimensioni della disuguaglianza in Italia: povertà, salute, abitazione, Bolonia, Il Mulino, 2009.

Menichetti, E., *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. Pioggia, M. Sugato, G. Racca, S. Civitarese Matteucci (Eds.), Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio, Milán, Franco Angeli, 2008.

Molaschi, V., *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in Riv. BioDiritto, 2019, 2.

— *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. Renna, C. Micciché, P. Pantalone (Eds.), La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese, Nápoles, Editoriale Scientifica, 2020

Morana, D., *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milán, Giuffré, 2002.

— *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale nuovi sviluppi normativi*, in Oss. cost., 2018

Nania, R., *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità, in M. Sesta (Ed.), L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014

OCDE, *Realising the Potential of Primary Health Care*.

Pammolli, F., Porcelli, F., Vidoli, F., Autori, M., Bora, G., *La sanità delle regioni*, Bolonia, Il Mulino, 2020.

Panzera, C., *I livelli essenziali secondo i giudici comuni*, in Giur. cost., 2011

Pinelli, C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in Corti supreme e salute, 2018, 3

Pioggia, A., *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Turín, Giappichelli, 2020.

— *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in Gior. dir. amm., 2020.

— *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e diseguaglianze*, cit.

— *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, in Gior. dir. amm., 2019.

Rossi, G., Introduzione al diritto amministrativo, Turín, Giappichelli, 2000.

Roversi Monaco, M.G., *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva*, in M. Sesta (Ed.), L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie, Rimini, Maggioli, 2014

Saitta, F., *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in Ist. fed., 2018.

Tubertini, C., *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, Bolonia, BUP, 2008

— *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della discussione*, in AA.VV., Diritto amministrativo e società civile, Bolonia, BUP, 2018, I.

— *Le garanzie di effettività dei LEA al tempo della crisi*, in C. Bottari, F. Foglietta, L. Vandelli (Eds.), Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi, Rimini, Maggioli, 2013.