

Preservare i principi e garantire il futuro del più importante servizio pubblico italiano*

Enzo Balboni**

Piuttosto che chiosare (un po' noiosamente) gli interventi che si sono succeduti fin qui e che hanno ripercorso con utili approfondimenti i 40 anni della vita legislativa, amministrativa e finanziaria del nostro SSN, preferisco toccare, fugacemente, solo tre punti, concernenti il passato, il presente e il futuro.

1. Il primo, non è solo un elemento di inquadramento perché riguarda invece le fondamenta ideali della nostra materia: la centralità del “diritto alla tutela della salute” quale primo – e forse più importante – tra i diritti sociali: espressione storicamente genuina del *welfare state* nella sua forma moderna. Quella maturata in Inghilterra sulla spinta teorica di Keynes e soprattutto del *liberal* Sir William Beveridge e della Commissione da lui presieduta che, nel novembre del 1942 in piena guerra, pubblica un *government Report*, intitolato molto sobriamente: *Social Insurance and Allied Services*.

L'ispirazione generale è rintracciabile nello schema della lotta per la liberazione dal bisogno: *freedom of want* (una formula che sarà ripresa da Roosevelt nel 1941 in un famoso discorso alla Nazione) e sarà lo stesso Churchill, che pure non aveva grande simpatia per Beveridge da lui considerato troppo *liberal*, a rendere famoso l'adagio di una assistenza *from cradle to grave*. È sempre utile tenere a mente che la legge istitutiva fu approvata a Westminster col 95% dei voti; il che significa che una riforma così basilare per l'assetto

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. L'articolo è frutto della rielaborazione dell'intervento dell'Autore al XVI Convegno nazionale di Diritto sanitario dedicato a “Il diritto sanitario e sociosanitario a quarant'anni dalla legge 833”, organizzato il 29 e 30 novembre 2018 ad Alessandria dal CEIMS (Centro d'Eccellenza Interdipartimentale per il Management Sanitario dell'Università del Piemonte Orientale) e dalla SoDiS-Società italiana di Diritto sanitario.

** Professore emerito di Diritto costituzionale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano; enzo.balboni@unicatt.it

della società nuova era attesa dalla popolazione e benvoluta dall'intera rappresentanza parlamentare.

I due principi fondamentali applicabili specificamente alla tutela sanitaria vennero allora fissati *für ewig: universality and comprehensivness*: universalità dei soggetti beneficiari, unitarietà e totalità delle cure messe a disposizione. Ne erano corollari la libera scelta del medico di base e la tendenziale gratuità delle cure, i cui costi avrebbero gravato sulla fiscalità generale, oltre che su contributi delle imprese e dei lavoratori (questi ultimi non gravosi).

Quando ormai sono passati tre quarti di secolo le fondamenta sono ancora quelle, ma, purtroppo, le risorse a disposizione non sono più sufficienti ovunque: in tutti i Paesi che adottano un sistema sanitario nazionale: ciò a causa dell'inarrestabile (e benefico) progresso tecnico-scientifico-farmacologico, sia dell'insoddisfazione della gente per quello che considera un diritto acquisito una volta per tutte, e che è portata ad esigere, pertanto, sempre, prontamente e gratuitamente.

2. Veniamo, adesso, ad uno sguardo all'Italia. Anche se sono rimasto favorevolmente impressionato dai progressi fatti con "i piani di rientro" affidati a gestioni commissariali, la loro esistenza significava che c'erano – e forse ancora ci sono – molti sprechi, i quali potevano essere sanati e in buona parte lo si è saputo fare. Significa, altresì, che una dirigenza competente e onesta e buoni *managers* – in genere venuti da fuori come podestà medievali – sono stati in grado di raddrizzare la barca e di rimetterla su un percorso virtuoso, o almeno non vistosamente viziato.

Tuttavia, a mio avviso, il finanziamento della tutela della salute ha oggi, e avrà ancor più domani, bisogno di sostegno. La fiscalità statale (il 6,6 % del PIL 113,6 miliardi nel bilancio del 2017)¹, da sola, non ce la fa più. Ha necessità di integrazioni, anche se essa continuerà a costituire il I° pilastro della tutela della salute, e pertanto delle politiche di attuazione dei diritti sociali (gli altri grandi diritti sociali sono, evidentemente, legati a tutto il mondo dell'istruzione, dell'assistenza in forma varia ai non abbienti e del diritto al lavoro).

Ma – ripeto, guardandole nel loro insieme – le politiche sociali avranno sempre più bisogno di aiuti e sostegni, attingendo al risparmio degli italiani, o meglio indirizzandolo *pro bono*.

Del resto, la solidarietà di cui all'art. 2 Cost. è *repubblicana* e non solo statale: riguarda perciò tutti i soggetti operanti nell'ordinamento, pubblici e privati, *profit e not for profit*.

Viene così in luce l'opportunità di un II pilastro: la *previdenza integrativa* attraverso il *welfare* aziendale. Questo nuovo attore, deuteragonista, era stato già evocato nella prima Riforma sanitaria della fine del 1992 che, riassuntivamente, prende il nome dal ministro

¹ Corte dei Conti, *Rapporto 2018 sul coordinamento della finanza pubblica* (consultabile al seguente link: http://www.corteconti.it/attivita/controllo/finanza_pubblica/bilanci_manovra_leggi/rapporto_finanza_pubblica_2018/index.html).

pro tempore De Lorenzo, in particolare nell'art. 9. Tale istituto è stato successivamente aggiornato più volte e reso operativo attraverso vari contratti collettivi nazionali di lavoro, per numerose categorie.

Il fenomeno è ben conosciuto, e di esso ci sono ampie trattazioni manualistiche; ad es. l'ultimo robusto cap. del manuale di *Diritto della previdenza sociale* di cui è autore Maurizio Cinelli (2018) e due ampi saggi del professore ed ex-ministro Tiziano Treu, uno del 2013 e l'altro appena pubblicato².

Come ben sapete, non solo non c'è, per tale assetto, alcun divieto costituzionale, bensì un incoraggiamento, che risale alla Costituzione vigente, col suo art. 38, commi 4 e 5.

È lì che si utilizza il verbo "integrati" ("Istituti o organismi... integrati dalla Stato") facendo eco – almeno sul piano culturale – alla teoria dell'integrazione di Rudolf Smend, degli anni '30 del XX secolo ed aprendo a forme di collaborazione tra dimensione pubblica (che ovviamente non implica solo interventi del soggetto Stato) e dimensione privata, ma invoca l'entrata in campo dei soggetti imprenditoriali privati, sia quelli operanti nel libero mercato a scopo di lucro sia i soggetti del c.d. privato-sociale.

Desidero, peraltro, a tale proposito portare al Convegno un piccolo contributo teorico, che risale al Padre culturale della *Social Policy*, nel cui orizzonte si situano le istituzioni dedicate al diritto alla tutela della salute: Richard Titmuss, che aveva scritto all'inizio degli anni '50 in tema di *Problems of social policy* e del quale Massimo Paci fece conoscere in Italia nel 1986 i suoi relevantissimi *Essays on Welfare State*, stilati fra il 1951 e il 1957³. Egli distingueva tra:

«*Welfare* sociale" (beni e servizi forniti dallo Stato), "*Welfare* fiscale" (benefici che gli individui ricevono sotto forma di sgravi fiscali e mancata tassazione, ad esempio dei patrimoni), "*Welfare* aziendale" (benefici sociali ottenuti a livello di azienda, come fondi di pensionamento aziendali, buoni pasto, prestazioni mediche, asili nido ecc.). Per Titmuss, dunque, il campo d'azione delle politiche pubbliche era caratterizzato da differenti attori e dalle loro relazioni, e non esclusivamente dallo Stato. Per questo motivo egli non amava il termine "*Welfare State*". Riteneva che esso eludesse la questione centrale – chi prende cosa, quando e come – ed escludesse dall'orizzonte teorico altre forme di produzione di benessere pubblico, alle quali oggi si guarda con interesse crescente nel quadro del filone di studi sul cosiddetto *Welfare mix*⁴.

Mi fermo qui, ma forse c'è materia e tema per un Convegno del prossimo futuro.

² T. TREU (a cura di), *Welfare aziendale 2.0, Nuovo welfare, vantaggi contributivi e fiscali*, Ipsoa Indicalia, 2016 e ID., *Welfare integrativo (aziendale): opportunità e convenienze*, lezione tenuta all'associazione Antichi Studenti dell'Augustinianum, Università Cattolica, novembre 2018.

³ E. TITMUSS, *Saggi sul "Welfare State"*, Roma, Edizione lavoro, 1986.

⁴ Riflessioni tratte da un articolo di E. MORLICCHIO, *Richard Titmuss*, in *Il Mulino*, 2018, n. 4, pp. 684-689.

3. In più occasioni, negli interventi che si sono succeduti fin qui, all'indubbio valore "ideale" del nostro SSN – al quale siamo tutti legati, non solo sentimentalmente ma sostanzialmente, avendone potuto misurare la pregnanza e lo spessore solidaristico – vengono affiancate, sul lato dei difetti, considerazioni relative a distorsioni di tipo organizzativo e a lacune e distorsioni di ordine finanziario.

Quanto alle prime va chiarito – e nel corso del Convegno se n'è discusso – che in un ordinamento che ambisca ad essere democratico non solo di facciata – deve essere preservata e mantenuta vivace una relazione, un legame col territorio di riferimento. Un SSN che pretendesse di regolare e dirigere "tutto" dal centro, magari con l'ausilio di intendenti locali decentrati sarebbe inconcepibile e destinato a sfasciarsi presto.

Detto ciò, l'esperimento che si fece nel primo decennio di funzionamento dopo l'approvazione della legge n. 833 del 1978, che poggiava sulle Unità Sanitarie Locali (USL) con i correlativi Comitati di gestione, nominati dall'organizzazione amministrativa locale dei Comuni (o Comunità montane) di riferimento – in definitiva dal sistema dei partiti (e dei boss locali) – aveva palesato gravi distorsioni (con infiltrazioni mafiose in una non piccola parte del Mezzogiorno d'Italia e affaristiche in diverse altre Regioni) provocando gravi problematiche, alle quali si ritenne di ovviare, sul lato opposto, con la c.d. aziendalizzazione del servizio. Ovviamente, anche questa metodologia non è esente da difetti e lacune di protezione.

Non voglio assolutamente sprecare tempo ed energie in una disputa teorica stra-superata; mi limito a sottolineare che, secondo buon senso, va sempre ricercato (e trovato) un equilibrio tra le istanze di rappresentanza territoriale e quelle di una sana gestione economica e finanziaria, ragguagliando i costi ai benefici e le risorse ai risultati. Le formule organizzative potranno essere varie, ed anzi è bene che lo siano, se vogliamo sperare che il principio di concorrenza-competizione spinga verso il meglio... E mi fermo qui.

4. Restano da proporre talune riflessioni finali sulle consequenziali ricadute degli assetti organizzativi e prestazionali sul piano finanziario, non senza aver rimarcato che il sistema sanitario italiano (come quello dei confratelli europei e del Canada) riesce ancora a curare e salvare vite, nonché a migliorare le condizioni dei cittadini con costi, tutto sommato, decenti e sopportabili. Anche quando si tenga conto dell'ulteriore compartecipazione a quelle spese che restano totalmente a carico dei privati cittadini (*in primis* le rilevanti spese odontoiatriche oltre a una buona fetta di quelle per farmaci) il quadro complessivo resta accettabile.

Sull'altra faccia della luna, l'esempio degli USA salta alla mente e alle labbra immediatamente ed è lì per ammonirci che è ancora lunga, per loro, la strada del passaggio da una "libertà di curarsi" a un "diritto alla tutela della salute" che veda l'impegno prioritario di

strutture pubbliche. Rinvio, a tale riguardo, ad uno studio specialistico da me fatto qualche anno fa⁵.

Ancora non mi capacito della docilità (con un mix di ignoranza e rassegnazione) di ampi strati della popolazione più povera e svantaggiata degli USA che continua a subire, in silenzio, una situazione che a me pare intollerabile, e che neanche un Presidente carismatico come Obama è riuscito a sconfiggere fino in fondo. Egli infatti ha dovuto limitarsi a proporre una legislazione federale che già nel suo titolo reca l'aggettivo *affordable*, come a dire: più di così non mi è riuscito di andare; mentre almeno trenta milioni di americani restano, totalmente, senza protezione sanitaria.

⁵ E. BALBONI, *La fine della grande anomalia: la riforma sanitaria di Obama guarda all'Europa*, in *Quaderni costituzionali*, 2010, pp. 386 ss.; S. GIUBBONI, M. BARENBERG, E. BALBONI, *La riforma sanitaria Obama*, in *Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali*, 2013, pp. 221-253.

