

Quasi un editoriale.

Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?

Renato Balduzzi

1. Le premesse giuridiche e culturali del Servizio sanitario nazionale

È noto che con la nostra Costituzione repubblicana salute e sanità entrano, per la prima volta in forme compiute e consapevoli, nella storia del diritto costituzionale. Mai, prima di allora, una costituzione aveva “osato” andare oltre formule generiche – anche se, per l’epoca e i contesti in cui vennero approvate, certamente significative¹ – sulla necessità di tutelare la salute, gli strumenti con cui farlo, la ripartizione delle relative competenze tra centro e periferie.

¹ A partire naturalmente dalla Costituzione di Weimar (una costituzione che “ridisegna” la società: P. RIDOLA, *La Costituzione della Repubblica di Weimar come “esperienza” e come “paradigma”*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 2, § 6; si v. anche, più di recente, C. GUSY, *100 Jahre Weimarer Verfassung. Eine gute Verfassung in schlechter Zeit*, Tübingen, Mohr Siebeck, 2018, pp. 259 ss.), il cui art. 161 prevedeva che “Il Reich organizza, con la determinante partecipazione degli assicurati, un unitario sistema assicurativo allo scopo di tutelare la salute e la capacità di lavoro, di proteggere la maternità e di prevenire le conseguenze economiche della vecchiaia, delle malattie e degli incidenti della vita”; si v. altresì l’art. 119, comma 2, secondo il quale “l’elevamento spirituale, la salute e lo sviluppo sociale della famiglia è compito dello Stato e dei Comuni. Da menzionare anche l’art. 111 della Costituzione della Lituania del 1922 (“Lo Stato garantisce la salute umana e accorda a ciascuno un livello minimo di cure”) e della Lettonia dello stesso anno (“La salute e la morale pubblica sono protette da leggi speciali”). Si v. anche il Preambolo della Costituzione francese della IV Repubblica (su cui A. LAUDE, B. MATHIEU, D. TABUTEAU, *Droit de la santé*, Paris, PUF, 2007, pp. 2 ss.) e, soprattutto, quello della “Costituzione dell’Organizzazione mondiale della sanità”, firmata a New York il 22 luglio 1946, che contiene, dopo il celeberrimo principio per cui “La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un’assenza di malattia o d’infermità”, il meno noto, ma interessante “Il possesso del miglior stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano, senza distinzione di razza, di religione, d’opinioni politiche, di condizione economica o sociale”.

Ed è altrettanto noto che non fu facile, all'interno dell'Assemblea costituente, arrivare alla formulazione finale dell'art. 32, né all'attribuzione alle regioni a statuto ordinario della competenza concorrente sull'assistenza sanitaria e ospedaliera (nonostante il precedente dello statuto speciale della Regione Sicilia, che già aveva affidato sia l'"igiene e sanità pubblica", sia l'assistenza sanitaria, alla competenza regionale secondaria)².

La maggioranza dell'Assemblea tuttavia riuscì a cogliere la complessità della posizione tutelata, a partire dalla sua stessa duplicità come diritto sociale di prestazione e come diritto di libertà strettamente correlato alla libertà personale: proprio la compresenza dei due profili avrebbe permesso, nel tempo, di qualificare il diritto sociale come vero e proprio diritto soggettivo, di non sovrapporre diritto alla salute e diritto alle cure e di raccordare al diritto alla salute anche il profilo "negativo" incorporato nel secondo comma della disposizione costituzionale.

Rileggendo oggi le formule che il Gruppo medico parlamentare³, costituito all'interno dell'Assemblea, aveva proposto all'attenzione dei costituenti⁴ e che condizionarono significativamente il testo dell'art. 26 del Progetto di Costituzione, poi divenuto, con modifiche, il vigente art. 32⁵, possiamo facilmente constatare che le differenti versioni che giunsero alla discussione plenaria condensavano in sé diversi nodi problematici del diritto alla salute: la doppia qualificazione oggettiva come diritto ed interesse e la doppia titolarità individuale e collettiva; la gratuità o meno delle cure e la loro adeguatezza; i versanti igienistico-preventivo, promozionale e assistenziale-terapeutico della tutela; l'imputazione soggettiva del dovere di tutela e la configurazione dell'organizzazione sanitaria; il diritto a rifiutare le cure e il divieto di pratiche sanitarie contrarie alla dignità umana⁶.

Denominatore comune delle diverse formule proposte fu la volontà di inserire nel testo costituzionale la tutela della "salute" intesa come bene-valore in sé, e non in quanto ricollegata ad interessi, pur rilevanti, quali la sicurezza pubblica o la capacità produttiva.

² Art. 17, lett. b) e c), R.D.lgs. 15 maggio 1946, n. 455, poi convertito in legge costituzionale dalla l. cost. 26 febbraio 1948, n. 2.

³ Su cui v. I. FARNETANI (a cura di), *Pediatri e medici alla Costituente: un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica*, Cento, Editeam, 2006, spec. pp. 10 ss.

⁴ "1. Lo Stato tutela la salute come diritto essenziale e fondamentale di ogni essere umano e come interesse della collettività; promuove lo sviluppo della coscienza igienica; assicura le condizioni necessarie perché l'assistenza sanitaria si effettui in modo adeguato per tutti. 2. Lo Stato assolve tali compiti per mezzo dei sanitari, mediante appositi istituti di previdenza facenti capo ad un unico organo centrale tecnico-sanitario, distinto dagli altri organi del potere esecutivo. 3. Nessun cittadino può essere sottoposto a pratiche sanitarie non autorizzate dalla legge; la quale non potrà mai consentire che le pratiche sanitarie siano esplicate oltre i limiti imposti dal rispetto della personalità umana" (si v. il resoconto della seduta della Commissione per la Costituzione del 25 gennaio 1947, in CAMERA DEI DEPUTATI – SEGRETARIATO GENERALE, *La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori della Assemblea Costituente*, Roma, 1970, vol. VI, p. 180).

⁵ "La Repubblica tutela la salute e l'igiene ed assicura cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere obbligatorio se non per legge. Non sono ammesse pratiche sanitarie lesive della dignità umana".

⁶ Per sviluppi sul dibattito in Assemblea costituente si rinvia a R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, pp. 19 ss.

Proprio qui stava il cambiamento di prospettiva: la Costituzione si occupa della tutela della salute e dunque prende le distanze dalla concezione di questa come un fatto privato, rilevante soltanto per ragioni di difesa sociale o di tenuta economica. Tale scelta comportava la messa in discussione del sistema sanitario ereditato dal passato, che sino a quel momento era consistito – fatta eccezione per le cure agli indigenti afferenti alla materia della beneficenza pubblica – in interventi dei pubblici poteri mediante azioni di prevenzione collettiva delle malattie e, sotto il profilo più specificamente organizzativo, mediante il governo del sistema mutualistico: un sistema nel quale, in coerenza con le diverse premesse in tema di salute, dominava la logica assicurativa (nei fatti ancora, in notevole misura, corporativa), fondata sullo scambio tra denaro ed assunzione del rischio, nonché sul rapporto di consequenzialità tra tutela della produzione e salvaguardia della salute/capacità lavorativa del dipendente.

Se poi volgiamo l'attenzione al fondamento cui i più convinti promotori, ovvero gli esponenti del Gruppo medico parlamentare, variamente distribuiti tra i diversi schieramenti, basarono la loro proposta, troviamo che questo è esplicitamente individuato in ragioni di eguaglianza e solidarietà, riconnettendo l'art. 32 ai principi fondamentali della Repubblica, con particolare riferimento agli artt. 2 e 3, comma 2. Più di una voce in Assemblea rilevò che il dovere della Repubblica di tutelare la salute degli individui si radica nel principio di eguaglianza sostanziale, perché la disparità dei livelli di tutela tra gli individui è «una delle più dolorose disparità, una delle più dolorose diseguaglianze che attualmente vi sono tra i cittadini italiani» e la norma costituzionale in parola non avrebbe fatto che «tradu[rre] in atto» tale principio. Parimenti, non sfuggì neppure il fondamento solidaristico del diritto alla tutela della salute, del quale si segnalò lo storico distacco dal sentimento di carità che ispirava la pubblica beneficenza, per giungere all'affermazione di un dovere da parte del cittadino di promuovere per sé stesso «tutte quelle iniziative che tendono a tutelare la sua stessa salute»⁷.

Proprio sulle basi egalitaria e solidaristica, alcuni costituenti sostennero l'espunzione del riferimento alla gratuità delle cure gratuite agli indigenti, in favore di una tutela universalistica, rivolta a qualsivoglia soggetto a prescindere dalle sue condizioni sociali, spettando semmai poi al legislatore di stabilire eventualmente le categorie beneficiarie della gratuità⁸.

⁷ Così, nella seduta del 24 aprile 1947, rispettivamente i deputati Camangi e Merighi, in *La Costituzione della Repubblica*, cit., vol. II, pp. 1217 e 1220. Sulla salute come diritto e dovere, si registra negli ultimi anni un ritorno di interesse in dottrina: si v., ad es., C. PANZERA, *Un diritto fra i doveri? Lo "strano caso" del diritto alla salute*, in R. BALDUZZI, M. CAVINO, E. GROSSO, J. LUTHER (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del Giudice delle leggi*, Torino, Giappichelli, 2007, pp.438 ss. e, più recentemente, F. POLACCHINI, *Doveri costituzionali e principio di solidarietà*, Bologna, Bononia University Press, 2016, pp. 188 ss.

⁸ Si veda in particolare l'intervento del deputato Caronia: "Certi mezzi di prevenzione e di cura sono così complessi e costosi da poter riuscire difficile procurarseli anche al cittadino più facoltoso con le sue sole disponibilità" (*ivi*, p. 1215). Sul pediatra Caronia, che promosse e presiedette il Gruppo medico parlamentare, v. E. GAUDIO, *Giuseppe Caronia*, in *Nomos*, 3/2017.

Su queste basi, non stupisce il collegamento, che fu fatto nella discussione costituente, tra il piano del diritto e quello dell'organizzazione incaricata di assicurarne la tutela, tanto che alcuni sostennero la necessità di indicare nella stessa disposizione costituzionale le linee essenziali dell'organizzazione del futuro sistema sanitario⁹.

Certo, non tutte tali proposte confluirono poi nel testo finale dell'art. 32, ma il loro richiamo contribuisce a ricostruire il clima culturale in cui prese vita l'attuale disposizione costituzionale e a comprendere anche come quella ricchezza di significati precettivi, che i costituenti più lungimiranti avevano condensato nella disposizione, permetterà, negli anni successivi, di mantenere la tensione verso un pieno sviluppo del versante sociale del diritto a prestazione, con l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale fondato sui principi di universalità dei destinatari e globalità delle cure, e, più tardi, anche la scoperta della sua portata *ultrasanitaria* con il riconoscimento sia della c.d. efficacia orizzontale (*Drittwirkung*) del diritto alla salute, a seguito dell'emersione della figura del danno biologico, sia del diritto all'ambiente salubre.

La derivazione della tutela della salute, in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, dai principi costituzionali di eguaglianza sostanziale e di solidarietà (superando impostazioni paternalistiche e, si direbbe oggi, "compassionevoli"), e lo stretto legame tra la garanzia di tale diritto e l'organizzazione dei servizi sanitari che concorrono ad assicurarne la tutela sono acquisizioni preziose ancora oggi e possono, come vedremo al termine di questo contributo, orientare la riflessione sul futuro.

2. Trent'anni di attesa prima della riforma e quarant'anni di "riforme della riforma"

Molti tra i contributi raccolti in questo numero della rivista ci permettono di gettare uno sguardo al tempo stesso diacronico e sincronico sui settant'anni trascorsi, e in primo luogo di comprendere le ragioni della lunga attesa della riforma sanitaria e quelle che sono state adottate per le modifiche della medesima.

Come ha bene riepilogato Francesco Taroni, il "triangolo di ferro" composto dagli enti mutualistici, dagli enti ospedalieri e dai medici riuscì per molti decenni a impedire l'attuazione dell'art. 32, e soltanto l'azione incrociata tra la crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri, da un lato, e l'entrata in funzione delle regioni ad autonomia ordinaria, dall'altro, permise di vincere le resistenze e di arrivare, infine, all'approvazione della legge n. 833¹⁰.

⁹ V. il resoconto della più volte menzionata seduta del 24 aprile 1947 (*retro*, nt. 7).

¹⁰ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in questa *Rivista*. V. anche ID., *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, con presentazione di R. Balduzzi, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019, pp. 34 ss.

La circostanza che la legge sia stata approvata verso la fine degli anni della c.d. solidarietà nazionale¹¹ e in presenza di un governo monocolore a guida DC sostenuto da tutti i partiti del cosiddetto arco costituzionale ne ha condizionato sia l'impatto sia il contenuto¹². L'impatto, in quanto l'attuazione della riforma viene a svolgersi in una stagione politica assai diversa (il "preambolo", dopo la rottura dell'accordo tra i due principali partiti) e ne dà significativa conferma l'affidamento plurimo della responsabilità politica di settore a un esponente dell'unico partito che non aveva votato la legge n. 833. Il contenuto, in quanto la riproduzione e moltiplicazione dei centri di autonomia di spesa¹³, unitamente all'indisponibilità, almeno sino agli inizi degli anni Novanta, di strumenti affidabili di calcolo della spesa globale, oltre che di quella per centri di costo¹⁴, sono all'origine di molte delle critiche "tecniche" mosse alla legge n. 833¹⁵ e che porteranno alle scelte di regionalizzazione e di aziendalizzazione contenute nel d.lgs. n. 502/1992, sotto questi profili, sostanzialmente confermate nel d.lgs. 517/1993 e nel d.lgs. 229/1999.

Le resistenze verso un sistema universalistico come quello disegnato dalla legge n. 833 costituiscono una sorta di *fil rouge* che permette di ripercorrere gli ultimi quarant'anni e di comprendere sia le ragioni delle quattro "riforme della riforma" sinora intervenute (d.lgs. 502/1992; d.lgs. 517/1993; d.lgs. 229/1999; d.l. 15/2012, conv. nella l. 189/2012)¹⁶,

¹¹ Sul punto v. G. BIANCO, *Alcuni spunti in tema di tutela del diritto alla salute*, in questa *Rivista*, § 5.

¹² Indicazioni su punto in F. TARONI, *Politiche sanitarie. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, con presentazione di E. Guzzanti, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2011, pp. 214 ss.

¹³ Si v. Corte cost., sent. n. 245 del 1984, forse la più penetrante critica degli aspetti meno felici della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (v. già sul punto R. BALDUZZI, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assestamento normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quad. reg.*, 1998, p. 954).

¹⁴ In questi termini, efficacemente, già F. MERUSI, *Introduzione*, in Id. (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, Bologna, Il Mulino, 1982, p. 16. Va ricordato in proposito che la prima convenzione tra Ministero della sanità e Finsiel relativa al sistema informativo sanitario nazionale prende effetto soltanto a partire dall'agosto 1991. V. sul punto il mio *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del Servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, il Mulino, 2009, pp. 12 ss.

¹⁵ Retrospectivamente, colpisce una certa astrattezza tanto nella nozione di livelli di assistenza, quanto nell'individuazione dello strumento per contenerli: per una ricostruzione d'insieme, v. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in G. BARBERIS, I. LAVANDA, G. RAMPÀ, B. SORO (a cura di), *La politica economica tra mercati e regole*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2005, pp. 49 ss. Si noti che tale astrattezza (evidente se si pensa al lungo cammino per pervenire alla nozione di livelli essenziali, e alla concretizzazione di essa nella cosiddetta declaratoria dei Lea) non è caratteristica del solo legislatore, ma altresì della dottrina stessa, anche di quella più attenta: per un esempio, ancora oggi, v. B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in questa *Rivista*, n. 3/2018, § 4.

¹⁶ La numerazione tradizionale, anche tra i giuristi, unificava i decreti di riordino del 1992-1993, sottovalutando la portata dirompente, rispetto al modello universalistico, della previsione, contenuta nell'originario art. 9 del d.lgs. n. 502/1992, di forme di assistenza differenziata (o "forme differenziate di assistenza", come si esprimeva la rubrica del medesimo articolo), mettendo in radicale discussione l'universalità del sistema e compenetrandosi, nello spirito della legge delega n. 421/1992, con la previsione di una mera soglia minima di prestazioni, da assicurare in base alle risorse assegnate (sul punto rinvio al mio *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e Pensiero, 2011, pp. 57 ss.). Per la proposta di numerare diversamente le riforme sanitarie v. R. BALDUZZI, *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Studi in onore di Giovanni Ferrara*, Torino, Giappichelli, 2005, p. 253 e nt. 8; Id., *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un'introduzione*, in Id. (a

sia le prospettive che si aprono al Ssn. Non è difficile ricostruire una duplicità di approcci all'organizzazione sanitaria che attraversa non soltanto gli schieramenti politici, ma la stessa dottrina, e che si è più volte intrecciata con le proposte di ulteriore devoluzione di competenze alle regioni.

Il primo approccio si fonda sulla valorizzazione del principio costituzionale di solidarietà sociale (art. 2 Cost.), al quale viene ricollegato (secondo il modello, di ispirazione tedesca, di *solidarische Subsidiarität*) il principio di sussidiarietà, inteso nel suo nucleo di significato consistente nell'esigenza di far corrispondere il livello della risposta sociale, politica e amministrativa con il livello dell'interesse e/o del bisogno cui fare fronte. L'assunto alla base di questa impostazione è quello per cui alcuni diritti, in particolare quello alla salute, caratterizzerebbero così fortemente la condizione di cittadinanza da rendere inaccettabile, culturalmente e politicamente, un diverso godimento dei livelli essenziali dei medesimi originato da diverse scelte dei governi locali e non da situazioni di fatto che tali governi sono chiamati a superare. Secondo questo approccio, le spinte alla regionalizzazione non portano a un conflitto con le coerenze del Servizio sanitario nazionale, purché questo sia inteso, essenzialmente, come il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali» (secondo quanto prevede l'art. 1 del d.lgs. n. 502/1992, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 229 del 1999). I livelli di assistenza, qualificati come essenziali (cioè necessari e appropriati)¹⁷ e la cui individuazione a livello nazionale costituisce la premessa per l'autonomia organizzativa dei modelli regionali, fungono da collanti di sistema. La riforma del 1999 ha espresso, meglio di quanto non abbia fatto la legislazione susseguitasi dopo i decreti di riordino del 1992 e del 1993, l'approccio ora sintetizzato, venendo poi «completata» e reinterpretata dalla revisione costituzionale che ne ha confermato i tratti di fondo, per quanto concerne sia la costituzionalizzazione della competenza statale in ordine alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sia l'estensione della potestà legislativa concorrente all'intero campo della tutela della salute, nel solco di quell'interpretazione legislativa e giurisprudenziale che già aveva superato i limiti un poco angusti dell'«assistenza sanitaria e ospedaliera» di cui all'originario art. 117 Cost.¹⁸.

cura di), *I Servizi sanitari regionali, tra autonomie e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005, p. 10; v. successivamente A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 263 e ora B. PEZZINI, *Il riordino del 1992*, cit., § 1.

¹⁷ La nozione di Lea presenta molti punti di contatto con la nozione di cure «comunque essenziali» che la normativa vigente garantisce agli stranieri extraeuropei irregolari: si v., da ultimo, l'art. 63 del d.P.C.m. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* (In G.U. n. 65 del 18 marzo 2017, secondo cui sono considerate essenziali le cure ambulatoriali e ospedaliere che consistano in «prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, per complicanze, cronicizzazioni, o aggravamenti»). Sul punto v. le considerazioni di A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, in questa *Rivista*, spec. § 4.

¹⁸ Per sviluppi sul punto v. il mio *I livelli servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute e assistenza sociale*, in *L'attuazione del Titolo V della Costituzione*, Atti del I Convegno di studi di scienza

Il secondo approccio mette per contro l'accento sul singolo individuo e sulla tendenza all'individualizzazione della risposta al bisogno, reputata più facilmente soddisfacibile in un contesto di concorrenza poco o non regolata, la quale – si dice – enfatizzerebbe la libera scelta del cittadino. Questa posizione affianca alla sussidiarietà “verticale” una forte enfasi su quella cosiddetta orizzontale, della quale viene evidenziato (forse un po' riduttivamente rispetto alla storia del concetto e, anche, rispetto al suo concreto accoglimento nell'art. 118, u.c., Cost.) più il profilo difensivo che non quello promozionale, non senza qualche tendenza a ricondurre pianamente la nozione stessa all'interno dell'iniziativa privata e delle cosiddette leggi del mercato. In questa prospettiva, l'autonomia totale postulata in capo alle Regioni per quanto concerne l'organizzazione sanitaria viene a svolgere una funzione per così dire di alleggerimento dell'organizzazione della sanità pubblica e di assottigliamento del ruolo del relativo servizio pubblico, apparendo, più che un obiettivo autonomo da perseguire, uno strumento adatto a rompere l'equazione tra diritto alla salute e organizzazione del Servizio sanitario nazionale su base pubblica, in vista di una sua riorganizzazione su basi diverse, considerate più moderne e adeguate alla menzionata tendenza individualizzante e soggettivizzante del vivere contemporaneo.

Al primo approccio, oltre al decreto legislativo correttivo n. 517/1993 (figlio della stessa “madre”, cioè la legge n. 421/1992, rispetto al d.lgs. n. 502/1992, ma con un “padre” diverso, per via dei diversi Governi che li approvarono, e in particolare del diverso Presidente del Consiglio dei ministri e del diverso Ministro della sanità)¹⁹, sono riconducibili certa-

dell'amministrazione, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 479 ss. V. ora, in questa *Rivista*, le lucide considerazioni di C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*. È molto importante la sottolineatura della portata confermativa e non innovativa, per quanto concerne la materia sanitaria, della revisione costituzionale del 2001, per contrastare la “vulgata” (spesso interessata, talvolta semplicemente frutto di un'incerta conoscenza dello sviluppo storico del sistema sanitario in questi settant'anni) secondo cui quella riforma avrebbe creato 21 sottosistemi sanitari e aumentato le disuguaglianze tra le regioni ...

¹⁹ Com'è noto, l'attuazione che il d.lgs. n. 502 fece della legge n. 421 da un lato venne ad attenuare l'ambiguità del principio di delega per cui il contenimento della spesa sanitaria sembrava porsi come unico e preponderante obiettivo della riforma (il che consentirà alla Corte costituzionale, nella sentenza n. 355 del 1993, l'interpretazione adeguatrice della relativa disposizione e la conseguente esclusione della censura di parte regionale fondata proprio sull'argomento dell'economicismo a senso unico di quella previsione), dall'altro si limitò, per quanto attiene al profilo delle forme differenziate di assistenza (*retro*, nt. 15), a ripetere nella sostanza quanto previsto in sede di delega, e in tal modo facilitò l'intervento correttivo della riforma-*ter* e dunque il ripristino della distinzione tra prestazioni integrative di quanto garantito dal Servizio sanitario nazionale e prestazioni sostitutive del medesimo. Se, sotto quest'ultimo profilo, l'attacco al principio universalistico del sistema poteva dirsi sventato (anche se il rapporto tra l'individuazione dei livelli di assistenza e la disponibilità di risorse finanziarie restava da precisare, ma con l'attenzione spostata sulle tecniche e le modalità di miglioramento all'interno del sistema di organizzazione e finanziamento come delineato nella legge n. 833 e non più su ipotesi di fuoriuscita dalla medesima), non così era per il principio di globalità, per il quale la partita rimaneva aperta tra i due approcci di politica sanitaria considerati nel testo, e che sarebbe stata definita attraverso la nozione di livelli essenziali (sulla cui genesi rinvio al mio *Livelli essenziali e risorse disponibili*, cit., pp. 60 ss.). Sul d.lgs. n. 517/1993 v. altresì le considerazioni di V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, in questa *Rivista*, spec. § 3.

mente il d.lgs. n. 229/1999²⁰ e altresì il d.-l. n. 158/2012 e la relativa legge di conversione n. 189/2012²¹.

Al secondo approccio, sinora risultato minoritario, sono riconducibili, oltre al menzionato art. 9 del d.lgs. n. 502/1992, le proposte degli anni Novanta in tema di livelli “minimi” e le richieste di referendum presentate dai radicali nel 1997 e nel 2000 (e dichiarate inammissibili dalla Corte costituzionale: sentt. n. 37 del 1997 e n. 43 del 2000)²².

3. Il regionalismo differenziato e i suoi rischi in materia sanitaria

Gli anni nostri non sembrano anni di ulteriori, esplicite riforme della riforma sanitaria. Non per questo la tensione tra i diversi approcci al tema, accennate nei precedenti paragrafi, sembra sopita, anzi essa si presenta più acuta che mai, ancorché sotto spoglie più *soft*.

Pare questa la lettura più appropriata dell’insieme delle richieste di autonomia differenziata, ai sensi del terzo comma dell’art. 116 Cost. È certamente vero che «in assenza di strumenti efficaci di governo collettivo di un bene comune complesso come la sanità, non stupisce che singoli soggetti pensino di fare da sé nei settori percepiti come più critici, anche indipendentemente dalle loro effettive capacità»²³. Ma come non vedere che tali richieste, almeno per quanto concerne le regioni trainanti, vanno proprio a toccare due dei nodi cruciali da cui dipende la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale, cioè la compartecipazione al costo delle prestazioni e la istituzione di fondi sanitari integrativi? E che dunque le spinte verso il secondo approccio, antitetico rispetto ai principi fondanti del Ssn, possano trovare uno sbocco non in una decisione unica nazionale, ma in tanti e striscianti percorsi differenziati?

A tutta evidenza, in materia sanitaria l’attuazione dell’art. 116, comma 3, Cost. presenta profili di netta diversità rispetto alla generalità degli altri settori. Qui infatti non si tratta di dare genericamente maggiore autonomia (la regionalizzazione, come si è visto, risale da

²⁰ Si vedano, sul punto, le considerazioni di F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in questa *Rivista*, spec. § 3 (nonché, § 2, le critiche alla diversa impostazione di C. Bottari).

²¹ Come si ricava dalle analitiche riflessioni di D. MORANA, in questa *Rivista*, spec. § 4. Lo scritto consente di verificare quanto la “riforma” (concepita in realtà come una manutenzione straordinaria che, ancora una volta, ha voluto scommettere su un sistema, unitario e articolato al tempo stesso) del 2012 sia riuscita nel tentativo di abbinare standard esigenti – si pensi agli standard ospedalieri, e al lavoro in corso su quelli relativi all’assistenza sanitaria territoriale – con estese rivisitazioni di sottosettori, dalla medicina generale all’intramoenia, dalla responsabilità professionale alle modalità di reclutamento della dirigenza tecnico-professionale di strutture complesse. Su questi temi v. gli stimolanti spunti di A. BANCHERO, *Salute, servizi sanitari e valori umani: analisi sull’evoluzione dei valori nei 40 anni del sistema sanitario italiano*, e F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in questa *Rivista*.

²² Per la discussione sui livelli, se minimi o essenziali, rinvio ancora al mio *Livelli essenziali e risorse disponibili*, cit., pp. 61 ss.

²³ Così F. TARONI, *Il volo del calabrone*, cit., p. 115.

lontano), ma semmai specifiche e puntuali assegnazioni di competenza in campo legislativo e amministrativo. L'esistenza di un Servizio sanitario nazionale costituisce infatti un obiettivo-limite alla previsione di generalizzate e generiche differenziazioni tra i Servizi sanitari regionali²⁴. Un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disegualianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle. La differenziazione tra territori è un dato di partenza del sistema e tende, se non governata, ad espandersi, con effetti negativi in termini di eguaglianza nel godimento del diritto alla salute²⁵. Nel nostro Ssn ciascuna Regione ha però strumenti incisivi per partecipare attivamente e secondo il proprio autonomo indirizzo di governo alla determinazione delle modalità di protezione della salute, potendo caratterizzare il proprio "modello" di tutela del diritto a partire dalle scelte di organizzazione del Servizio sanitario regionale, dentro il quadro del Servizio sanitario nazionale. È proprio questa concezione della differenziazione, che presuppone una cornice comune di principi fondamentali, che dovrebbe costituire – e non solo in sanità – la base di partenza corretta per dare attuazione all'art. 116, comma 3, Cost., poiché invita, prima, a verificare quali siano gli oggetti sui quali la singola Regione nel governo del proprio servizio sanitario ha saputo operare con efficacia (nella direzione di una maggiore protezione del diritto) ed efficienza (nella direzione di un migliore impiego delle risorse, non solo finanziarie) e, poi, a individuare di conseguenza sia le innovazioni positive da disseminare nell'intero sistema, sia le forme di autonomia che possono consentire alla singola Regione di sviluppare ulteriormente questi stessi spazi di differenziazione²⁶.

A creare problema, in prospettiva, è soprattutto l'intreccio tra le richieste di autonomia totale in tema di compartecipazione alla spesa e quelle concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi: è possibile che singole regioni derogino all'assetto di fondo del Ssn e alla regola base per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale? In un campo in cui le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una devoluzione riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che

²⁴ Per considerazioni ulteriori v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2.

²⁵ Non a caso, questo aspetto resta uno dei nodi più difficili da risolvere, come puntualmente richiedono le relazioni della Corte dei conti. Sul ruolo della Corte dei conti e delle nuove competenze in materia sanitaria attribuitele v. le diffuse riflessioni di C. CHIAPPINELLI, *Riforme istituzionali del sistema sanitario e dei controlli: esiste un fil rouge?*, in questa *Rivista*.

²⁶ Si pensi ad es. alla farmacovigilanza, caso esemplare in cui la maggiore capacità di controllo e gestione del farmaco da parte di una Regione va a vantaggio diretto della sua popolazione e indiretto della collettività nazionale, e costituisce un modello virtuoso anche per altre realtà regionali. O all'accesso alle scuole di specializzazione, perché è proprio in ambiti come questi l'esperienza di alcune regioni dovrebbe servire sia a diffondere le buone pratiche a beneficio di tutti, sia a permettere ad esse di consolidarle e svilupparle ulteriormente.

comportare la destrutturazione del Ssn e l'aumento delle diseguaglianze, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei Lea. Anzi, stante il prevedibile carattere largamente sostitutivo e non meramente integrativo delle prestazioni coperte da tali fondi, si generebbero duplicazioni e si aggraverebbero le disparità tra territorio e territorio, tra cittadino e cittadino. Inoltre non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole “ammorbidite” quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere medici non in possesso di specializzazione né che abbiano stipulato un contratto di formazione specialistica, la possibile costruzione di un sistema “a doppio pilastro” assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato²⁷. Sarebbe, questa sì, la vera “secessione dei ricchi”, la quale non si lega soltanto alla questione del c.d. residuo fiscale e, più estesamente, al tema dei maggiori o minori trasferimenti di risorse finanziarie a fronte delle nuove competenze, bensì deriverebbe dalla decostruzione del Ssn. E d'altra parte gli esperti di sanità pubblica sanno bene che i sistemi cosiddetti multi-pilastro presentano inefficienze, sprechi e complessiva minore qualità rispetto a un sistema come quello italiano²⁸.

Ce n'è a sufficienza, credo, per rimeditare bene tutta la vicenda, anche perché potrebbe diventare assai concreto il rischio che si riproduca quella situazione, già ben nota durante la vigenza del regime mutualistico, di «una rete sanitaria privata che utilizza la struttura pubblica come “filtro” dei malati per assicurare, innanzitutto, un minimo di entrate ed operare, poi, prelevando ulteriori mezzi finanziari dai cittadini impossibilitati ad ottenere una qualificata assistenza dal servizio pubblico»²⁹.

²⁷ Si vedano, sul punto, le condivisibili considerazioni finali di V. ANTONELLI, *I decreti del 1993*, cit. Per un diverso punto di vista v. E. BALBONI, *Preservare i principi e garantire il futuro del più importante servizio pubblico italiano*, in questa *Rivista*.

²⁸ Il rinvio è a M. GEDDES DA FILICAIA, *La salute sostenibile*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.

²⁹ Così il *Parere* del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro sul d.d.l. concernente la “Istituzione del Servizio sanitario nazionale” (13-14 aprile 1977, n. 159/108).