

Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?

(con un approfondimento su un ente poco conosciuto, l'INMP)

Renato Balduzzi*

1. Stiamo riscoprendo, in queste straordinariamente difficili settimane, l'importanza del nostro Servizio sanitario nazionale. Quanti l'hanno sempre avuto a cuore e hanno lottato per consolidarlo e difenderlo da attacchi e da proposte di radicale stravolgimento che, nei quarantadue anni trascorsi dall'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978 non sono mancati mai e che hanno nel tempo assunto forme diverse, non possono che prenderne atto positivamente e auspicare che le dichiarazioni di sostegno alla sanità pubblica e i buoni propositi di questi giorni non svaniscano come neve al sole una volta attenuatosi lo tsunami del contagio e man mano che auspicabilmente ci allontaneremo dall'odierno travaglio. Certo, si potrebbe fondatamente dubitare circa la sincerità di taluni innamoramenti repentini di queste settimane, in capo a chi non ha mai cessato di contrapporre al modello del Servizio sanitario nazionale – fondato sui principi di universalismo, globalità e accessibilità delle prestazioni, portabilità del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale in condizioni di eguaglianza e finanziamento attraverso la fiscalità generale e dunque progressiva – un ben diverso modello incentrato sulla riduzione dell'impegno pubblico e sull'espansione delle polizze assicurative, o circa la coerenza di quanti in questo frangente invocano la necessità di un ripensamento del regionalismo in sanità a favore del rafforzamento delle competenze statali e ancora sino a pochi mesi fa coonestavano proposte di regionalismo

* Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore della Rivista Corti Supreme e Salute, renato.balduzzi@unicatt.it

differenziato ai sensi del terzo comma dell'art. 116 Cost. le quali, in sanità (come si è provato ad argomentare nell'*editoriale* su questa Rivista, n. 2/2019), avrebbero comportato una pressoché certa destrutturazione del Servizio sanitario nazionale.

Questo tuttavia non è tempo di polemiche, ancorché motivate. E tantomeno lo è per una rivista come *Corti Supreme e Salute*, nata con l'intenzione di approfondire e valorizzare il rapporto, strettissimo, tra costituzionalismo e diritto alla salute, a partire dalla considerazione e dalla critica scientifica degli orientamenti giurisprudenziali italiani, stranieri e transnazionali. Ciò che la rivista intende fare è piuttosto (e già si è cominciato a farlo con i cinque contributi messi *on line* in questi giorni) il porsi come veicolo di diffusione del contributo che i soci della SoDiS, la Società italiana di diritto sanitario, possono e vogliono dare per la comprensione del momento in cui viviamo e per attrezzarci meglio in vista del tempo che verrà, di quel dopo-coronavirus che, nel momento in cui sto scrivendo, appare incerto e lontano, ma che sappiamo che ci sarà, e che non ci deve vedere impreparati o immemori. Proprio la rinnovata attenzione per la sanità pubblica diventa allora lo stimolo per consentire a sempre più persone (e anche a molti studiosi, perché il Servizio sanitario nazionale è meno conosciuto, anche tra i giuristi, di quanto si possa pensare) di comprendere natura, organizzazione e funzionamento del Ssn: molte discussioni di queste settimane su ciò che spetta allo Stato e ciò che spetta alle regioni e agli enti locali (al netto anche delle prese di posizione, talvolta meramente propagandistiche, di questo o quel presidente di regione) avrebbero potuto essere evitate ove soltanto vi fosse una maggiore consapevolezza delle reali caratteristiche del sistema italiano, a partire dalla stessa definizione e consistenza del Servizio sanitario nazionale.

2. Che cos'è, dunque, il Ssn? La Costituzione italiana non lo menziona espressamente, ma ne pone all'art. 32 tutte le premesse: è compito della Repubblica tutelare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantire cure gratuite agli indigenti. Per lo svolgimento di tale compito, l'art. 117 della Costituzione originariamente affidava alle regioni a statuto ordinario la competenza legislativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato; dopo una lunga gestazione, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale avvenuto con la legge n. 833/1978 ha attuato la previsione costituzionale dell'art. 32 adottando, come già si è accennato, un modello di tutela universalistica e dunque ampliando la portata del riferimento agli "indigenti" (formula di cui peraltro già durante i lavori dell'Assemblea costituente si propose una lettura estensiva). Nel tempo, la normativa statale di trasferimento delle funzioni ha interpretato estensivamente la locuzione "assistenza sanitaria e ospedaliera", riferendola sia alla prevenzione sia all'igiene e sanità pubblica, in consonanza del resto con analoghe espressioni contenuti in alcuni statuti regionali speciali. Quando, nel 2001, con la revisione costituzionale del Titolo V veniva assegnata la competenza della "tutela della salute" alla potestà legislativa regionale concorrente, tale innovazione ha, sotto questo profilo, semplicemente confermato quanto già pacificamente vigeva.

Sotto il profilo dell'organizzazione dei servizi sanitari, la legge del 1978 aveva indicato nei comuni e nei loro organismi operativi, denominate unità sanitarie locali, i soggetti cui

conferire rispettivamente le funzioni di responsabilità politica e di erogazione dei livelli di assistenza, nell'ambito della programmazione nazionale e regionale. Al termine di un'articolata e talvolta sofferta evoluzione, le regioni sono state individuate come il baricentro dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, demandandosi agli enti locali il compito di raccogliere il bisogno di salute, di concorrere alla programmazione territoriale e di controllare che i vertici delle aziende sanitarie, alle quali è affidata l'erogazione delle prestazioni e dei servizi, attuino gli indirizzi e le scelte della programmazione.

La riforma sanitaria del 1999 (che personalmente ho sempre preferito chiamare *riforma-quater*, in quanto appare storicamente e normativamente corretto distinguere tra l'originario d.lgs. n. 502/1992 e le correzioni apportate con il d.lgs. 517/1993) contiene una precisa e tuttora vigente definizione del Servizio sanitario nazionale (purtroppo poco conosciuta e valorizzata, tanto dal fronte iper-regionalista quanto da quello "statalista") quale "complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto".

In tale definizione emergono sia la rilevanza dei Servizi sanitari regionali, sia l'importanza degli enti di rilievo nazionale, su uno dei quali, forse il meno conosciuto, tornerò più avanti. Tali enti e istituzioni spaziano tanto nei settori delle scienze della salute e dell'ambiente (pensiamo all'Istituto superiore di sanità), quanto in quello delle scienze dell'organizzazione sanitaria (basti pensare al ruolo svolto, soprattutto sino all'adozione del cosiddetto Programma nazionale esiti, da parte dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e concorrono in misura determinante alla fisionomia del sistema, basato sul principio della sussidiarietà verticale e su quello della leale collaborazione; né vanno dimenticati quegli enti i quali, pur essendo a tutti gli effetti inquadrati all'interno dei Servizi sanitari regionali, conoscono un apporto significativo del livello statale (è il caso degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico). In più occasioni la Corte costituzionale, a partire dalla sent. n. 185 del 1998, ha sottolineato il ruolo e le funzioni degli organismi tecnico-scientifici in campo sanitario, che la normativa di settore qualifica come organi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale (così l'art. 1, comma 1 dello Statuto dell'Istituto superiore di sanità), e lo ha fatto sempre all'interno di decisioni che rimarcavano la necessità, in campo sanitario, di distinguere ciò che va demandato alla scienza (la cui dimensione territoriale è, di regola, almeno nazionale) e ciò che va demandato alle decisioni politico-amministrative. Come pure, non è senza interesse che, anche quando tali enti sono nazionali, le regioni concorrono nella scelta dei relativi organi di vertice, in misura maggiore o minore rispetto alle peculiarità dell'ente stesso. Insomma, già nella definizione del Ssn possiamo ricavare i tratti dell'organizzazione dei servizi della salute nel nostro ordinamento, nel senso di un assetto disegnato a livello nazionale, che non mortifica i livelli locali e che valorizza i compiti statali di coordinamento, di indirizzo e di indicazione di standard, da esercitarsi sempre non soltanto nel rispetto del principio, di valenza costituzionale, di leale collaborazione, e dunque coinvolgendo i livelli regionali in tutte le decisioni che chiedono di essere attuate a tali livelli: sotto questo profilo, non è senza significato che la declaratoria dei livelli essenziali di

assistenza sanitaria sia stata, prima e dopo l'entrata in vigore del nuovo Titolo V, congegnata prevedendo il coinvolgimento delle regioni, e ciò anche successivamente all'entrata in vigore del nuovo testo dell'art. 117 Cost., il cui comma 2, lettera *m*) assegna alla potestà legislativa esclusiva statale la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (i cosiddetti Lea); in proposito la legge ordinaria ha previsto che lo Stato eserciti tale competenza d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, e la Corte costituzionale, nella sent. n. 134 del 2006, ha imposto che tale procedimento valga anche per il regolamento concernente gli standard strutturali e tecnologici ospedalieri, considerati specificazione dei Lea (da ultimo, nello stesso senso, la sent. n. 192 del 2017).

3. Nella definizione del Ssn, sopra ricordata, non va poi sottovalutato il richiamo all'ultimo organico trasferimento di funzioni alle regioni, realizzato, in epoca anteriore rispetto alla legge cost. n. 3/2001, appunto con il d.lgs. n. 112/1998, in una stagione della nostra vita pubblica fortemente caratterizzata in senso regionalistico e autonomistico, almeno nelle intenzioni. Proprio la considerazione delle norme di questo decreto legislativo ci offre una conferma eloquente di quanto sinora sostenuto circa i caratteri del Servizio sanitario nazionale, e in particolare circa l'equilibrio che, all'interno del Ssn, si realizza tra attribuzioni statali e attribuzioni regionali, così da fare considerare alcune polemiche di queste settimane frutto più di pretestuosità politico-partitiche che non di un dato normativo e istituzionale.

Vengono in rilievo in particolare:

- a) l'art. 117 di tale decreto legislativo, dedicato agli interventi d'urgenza e che stabilisce con chiarezza che la competenza ad adottare provvedimenti d'urgenza dipende dalla dimensione dell'emergenza e dall'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali, e che pertanto, quando a essere interessato sia l'intero territorio nazionale, la competenza all'adozione di tali provvedimenti ("ivi compresa la costituzione di centri e organismi di referenza o assistenza") spetti allo Stato;
- b) l'art. 112, comma 3 lett. g), là dove assegna alla competenza statale "la sorveglianza e il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali";
- c) l'art. 118, comma 1, lett. e), che impone alle regioni obblighi di comunicazione concernenti, tra l'altro, l'insorgenza e la diffusione di malattie umane o animali;
- d) l'art. 115, comma 4, che assegna allo Stato il coordinamento dell'attività di costituzione di scorte di medicinali di uso non ricorrente, di sieri, vaccini e presidi profilattici;
- e) l'art. 126, che mantiene allo Stato le funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale.

In materia, la Corte costituzionale ha avuto recentemente modo di precisare (sent. n. 5 del 2018, in tema di vaccini; v. anche la sent. n. 186 del 2019) che "la profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive richiede necessariamente l'adozione di misure omogenee su tutto il territorio nazionale" e che in proposito rileva anche la competenza legislativa esclusiva statale in tema di profilassi internazionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. *q*, Cost. Proprio quest'ultima competenza, d'altro canto, è stata appunto oggetto di una salvaguardia in sede di revisione costituzionale nel 2001.

Alla luce di quanto sin qui brevemente ricordato, non è difficile concludere che gran parte delle discussioni sorte in queste settimane circa le rispettive competenze di Stato e regioni in tema di contrasto alla pandemia Covid-19 sia ben poco fondata sul piano giuridico-istituzionale.

4. Ritornando a quanto si accennava in apertura, quando ci allontaneremo dal momento di emergenza – e la lunghezza dell'attesa dipende anche dai nostri comportamenti quotidiani – saranno molti i fatti di questi giorni sui quali riflettere e le parole che li accompagnano sulle quali meditare. Vi sono certamente due ordini di fatti e di parole che già oggi lo consentono: la reazione complessa e straordinaria del sistema sanitario italiano e gli appelli a fare, ciascuno secondo la propria occupazione e possibilità, la propria parte.

Chi oggi navighi sulla rete, per informarsi e capire meglio come fare la propria parte anzitutto rendendosi consapevole dei comportamenti corretti e delle regole vigenti, non sempre incontra fonti attendibili. Significativo è lo sforzo della comunicazione istituzionale nel far conoscere adeguatamente le raccomandazioni e gli obblighi provenienti dai numerosi atti normativi che le autorità stanno adottando per contenere l'epidemia di CoViD-19. Tra queste iniziative ve n'è appunto una che getta una luce su profili di assistenza sanitaria e su un'articolazione del nostro Servizio sanitario nazionale assolutamente poco conosciuti. Si tratta di una raccolta ragionata e selezionata di quelle raccomandazioni e quegli obblighi contro la diffusione del virus che l'INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà) ha realizzato e tradotto in quattro lingue straniere (inglese, francese, cinese e romeno), pubblicandola sul proprio sito web¹. La raccolta si segnala per l'utilità pratica, che vale anche per chi la consulti in italiano, dell'aver organizzato per categorie un'ampia gamma di informazioni e prescrizioni di interesse della popolazione generale ormai sparsa in diversi atti, rielaborata in un linguaggio parzialmente semplificato rispetto ai testi normativi di riferimento e più facile da approcciare per un lettore interessato a comprendere con qualche maggior precisione le indicazioni che circolano sui media. Ma essa si caratterizza anche per aver reso disponibili tali indicazioni in quattro lingue estere che, per ragioni diverse, possono ciascuna venire in aiuto di alcune comunità nazionali straniere i cui membri, pur pienamente attivi nella società italiana, affrontano non esigue barriere linguistiche.

L'intreccio di questi due aspetti, che rende peculiare l'iniziativa (non solo una semplificazione delle indicazioni di base, ma un bagaglio informativo organizzato; non solo una traduzione, ma anche una selezione pensata per il lettore non esperto), si comprende proprio a partire dall'ente che ha promosso la raccolta.

¹ La raccolta, in costante aggiornamento, è consultabile al seguente link: <https://www.inmp.it/ita/CoViD-19-cose-da-sapere>.

Al netto di una denominazione non facile da accostare e forse anche da comunicare, l'INMP, che è ente con personalità giuridica di diritto pubblico vigilato dal Ministero della salute (così stabilizzato nel 2012, su iniziativa di chi scrive, in forza dell'art. 14 del d.l. n. 158/2012, conv. nella legge n. 189/2012, a seguito di una sperimentazione gestionale partita nel 2007 grazie alla volontà del ministro Livia Turco) fonde in sé diverse funzioni all'interno del Servizio sanitario nazionale:

- a) l'assistenza, svolta anzitutto nel luogo in cui ha sede: l'ex Ospedale San Gallicano di Roma, con un ambulatorio rivolto specialmente alle fasce più fragili della popolazione, le cui prestazioni vanno dall'assistenza sanitaria di base a chi, per stato giuridico, non acceda al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta, fino ad un'unità operativa complessa a conduzione universitaria di odontoiatria sociale;
- b) la ricerca, i cui prodotti sono molti e diversi: dagli studi applicati e talora sperimentali sui modelli organizzativi di assistenza rivolti a soggetti vulnerabili fino alla produzione di studi epidemiologici di portata sistematica, come il primo "Atlante italiano sulle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione", elaborato insieme all'Istat con la collaborazione dell'Iss e di Agenas e il patrocinio del Ministero della salute;
- c) la formazione, con un'offerta di corsi, spesso immessi nel circuito ECM, rivolti sia ad aggiornare le competenze degli operatori impegnati nella risposta ai bisogni socio-sanitari complessi, sia ad orientare l'innovazione organizzativa nei servizi sanitari aprendone la comprensione alla luce dello scenario internazionale (così ad esempio la prima *Winter School* per la ricerca sull'equità in sanità nel contesto mediterraneo, tenutasi lo scorso dicembre).

Un ruolo, quello dell'Istituto, che guarda tanto all'interno del sistema italiano (esso è centro nazionale per la mediazione transculturale in sanità, nonché centro di riferimento della rete interregionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alle povertà), quanto all'esterno, in quanto Centro collaboratore dell'OMS per l'evidenza scientifica e il *capacity building* relativamente alla salute dei migranti. Un complesso di funzioni, dunque, che ha quale comune denominatore proprio un approccio alle politiche e ai servizi socio-sanitari fondato sull'equità, come si dice in sanità pubblica o meglio, per dirla da costituzionalista, sull'eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, secondo comma, Cost., di cui il diritto alla salute scolpito nell'art. 32 Cost. è una delle più evidenti concretizzazioni.

È per queste ragioni che la puntuale – e invero poco esibita – iniziativa delle raccomandazioni, semplificate e tradotte, contro la diffusione del Coronavirus è uno di quei fatti che concretizzano le parole che circolano spesso in queste ore e che danno il senso e la misura di un sistema sanitario universalistico e solidaristico, nel quale può trovare posto anche l'esigenza di chi, per digitalizzato che sia, ha meno strumenti, culturali e linguistici, per comprendere le regole oggi in vigore a tutela della salute individuale e collettiva.