

Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia

1. Forse le cose da fare (e da non fare) sarebbero senz'altro molte di più, e alcune di queste già sono state oggetto di un precedente editoriale su questa *Rivista*¹. Cinque tuttavia è un numero che si ricorda bene, e che obbliga a selezionare, a stabilire priorità: sforzo sempre da compiere, ma particolarmente necessario in questi tempi di lunga e faticosa transizione verso il post-pandemia.

Inoltre, è ben possibile che un approccio in termini di “cose da fare e da non fare” sia considerato riduttivo, posto che ha certamente ragione chi individua la crisi che il nostro Paese da tempo sta attraversando come anzitutto culturale, cioè come crisi “che travolge il senso di responsabilità che ciascuno dovrebbe avere, in quanto ‘cittadino’, nei confronti di sé stesso, degli altri e della cosa pubblica”². E tuttavia rimango convinto che vi sia un intreccio ineludibile tra le premesse culturali e l’operatività quotidiana, così che soltanto una ripartenza che tenga insieme i due profili può essere fruttuosa (e, come si vedrà più oltre, tra le cose da fare e quella da non fare sono compresi anche approcci culturali e abitudini lessicali). Sta qui, forse, il nucleo dell’“esame di coscienza” (uno *stress test*) su come abbiamo vissuto la crisi degli ultimi mesi e le risultanti attuali difficoltà, che un osservatore attento ha invitato a compiere³. Più che un’invocazione, che può risultare un po’ astratta e velleitaria, di nuovi paradigmi⁴, conviene allora forse intenderci su alcune possibili indicazioni che possiamo trarre dall’esperienza di questi mesi.

¹ R. BALDUZZI, *Indicazioni per un’agenda del “dopo”*, in questa *Rivista*, n. 1-2020, pp. 3 ss.

² Così, efficacemente, A. TRAVI, *Le riforme che servono alla Repubblica*, in *Munera*, n. 2-2020, p. 65. Ho provato a sottolineare tale dato culturale, declinandolo – non moralisticamente – come necessità di benevolenza e carità, in *Indicazioni per un’agenda*, cit., p. 8.

³ G. DE RITA, *Introduzione: un esercizio di autocoscienza per il Paese*, in Fondazione Censis, *Stress test Italia. I soggetti dell’Italia che c’è e il loro fronteggiamento della crisi*, Roma, 2020, p. 6.

⁴ V., ad es., G. DE MARTIN, *Solidarietà e sussidiarietà alla prova. Un nuovo paradigma*, in *La fede e il contagio. Nel tempo della pandemia*, a cura di L. Alici, P. De Simone e P. Grassi, Roma, Ave, 2020, pp. 111 ss.

Cominciamo pertanto dalle cose da non fare – secondo l'antico e saggio insegnamento baconiano per cui la *pars construens* viene preceduta dalla *destruens* –, sulle quali non varrebbe la pena di perdere tempo, se non fosse che esse corrispondono a convinzioni spesso ripetute, veri e propri ritornelli e idee ricevute⁵.

Iniziando dal tronco (o dai rami "alti"), sembra finalmente condivisa, almeno nella dottrina più avvertita (diverso è il discorso per quanto attiene al dibattito – ma forse la parola è esagerata – politico e alla sua traduzione mediatica), la consapevolezza che le cause di alcune disfunzionalità emerse nella gestione nazionale, regionale e locale dell'emergenza Covid-19 non siano in alcun modo (o almeno, in misura significativa) ascrivibili né alla revisione costituzionale del 2001, né all'assetto regionalizzato dei servizi sanitari conseguente ai decreti di riordino del 1992-1993.

Sotto il primo profilo, va considerato che, in campo sanitario, il nuovo Titolo V non ha comportato innovazioni significative rispetto alla situazione previgente, per quanto attiene sia al criterio di riparto delle competenze legislative, sia all'estensione materiale delle medesime, e pertanto il suo impatto sulla legislazione ordinaria è stato assai contenuto (semmai può essere affermato l'inverso, cioè che sia stata la revisione costituzionale a trarre alcuni contenuti dall'evoluzione della disciplina legislativa ordinaria)⁶. Fa eccezione a questo assunto la previsione del terzo comma dell'art. 116, in quanto – come si è appalesato nella pur confusa vicenda recente delle c.d. pre-intese tra Stato e alcune regioni – l'applicazione del regionalismo differenziato alla materia sanitaria comporterebbe un elevato rischio di destrutturazione complessiva del Servizio sanitario nazionale⁷ e di conseguente forte contrazione della possibilità da parte del centro di governare il sistema⁸.

Sotto il secondo profilo, soltanto la disattenzione di troppi politici e amministratori, nonché di qualche studioso talvolta con essi esageratamente corrivo, può ignorare la presenza, nell'ordinamento italiano, di disposizioni normative che, con chiarezza, distribuiscono in modo convincente le attribuzioni tra i diversi livelli di governo in presenza di situazioni

⁵ V. il mio *Attenzione a dare la colpa al regionalismo*, in *Panorama della sanità*, n. 4-2020, pp. 22-23.

⁶ Anche su questo punto mi sono già espresso, proprio nelle prime settimane successive allo scoppio della pandemia: *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)*, in questa *Rivista*, n. 1-2020, p. 66 e, già in precedenza, in *Quasi un'editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in questa *Rivista*, n. 3-2018, p. 470 e nt. 18.

⁷ Cfr. il già citato *Quasi un'editoriale*, spec. pp. 472 ss., nonché R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2-2019, pp. 1 ss.

⁸ Sul punto v. S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato dalla terra al mito e ritorno*, in questa *Rivista*, anche per la convincente riflessione (p. 504) che vede nell'ideologia del regionalismo differenziato il rischio di una strumentalizzazione del mutamento del tipo di Stato per raggiungere l'obiettivo del cambiamento della forma di Stato, in termini di maggiori diseguaglianze e riduzione della tutela di beni vitali.

di emergenza⁹: mi riferisco in particolare agli artt. 112 e segg. del d.lgs. n. 112/1998¹⁰, che disegnano un compiuto equilibrio tra attribuzioni statali, regionali e locali, rispettoso del principio costituzionale di sussidiarietà e al tempo stesso idoneo a fare fronte con tempestività alle situazioni di urgenza¹¹.

2. La seconda cosa da non fare è pensare che il problema principale reso palese dall'emergenza Covid-19 stia nel numero e nella distribuzione dei posti letto, specialmente quelli di rianimazione e terapia intensiva. Nessun dubbio che la pandemia abbia colto impreparate le strutture sanitarie¹² e che quindi, anche sotto il profilo del dimensionamento delle medesime, sia stato importante l'aumento (quasi il raddoppio) del numero di tali posti letto, purché modulare e reversibile a seconda del momento¹³. Guai però a pensare che quello

⁹ Una precisazione si impone: stiamo parlando di emergenza e di stato di emergenza (e relativa dichiarazione, ai sensi dell'art. 24 del Codice della protezione civile, d.lgs. n. 1/2018), non di stato di eccezione, secondo le note suggestioni schmittiane (problematiche, a mio sommo parere, con l'assetto della nostra forma di Stato). Correttamente distinguono le une dalle altre, tra i molti, S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIC*, n. 2-2020, p. 532; G. ZAGREBELSKY, *Non è l'emergenza che mina la democrazia. Il pericolo è l'eccezione*, in *la Repubblica*, 29 luglio 2020, p. 1. Per un complessivo ed equilibrato inquadramento della disciplina emergenziale e della sua forza temporaneamente derogatoria, fermo restando il "perdurante primato della disciplina costituzionale", v. U. DE SIERVO, *Emergenza Covid e sistema delle fonti: prime impressioni*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale, 2020 (disponibile in <http://www-osservatoriosullefonti.it>).

¹⁰ V. il mio *Ci voleva l'emergenza Covid-19*, cit., pp. 68 ss.

¹¹ Semmai vi sarebbe spazio per una critica alla ridondanza e ripetitività del nostro legislatore. Successivamente all'entrata in vigore del d.lgs. n. 112/1998 (*Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali, ai sensi del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59*), il cui art. 117 prevede, al comma 1, che "In caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Negli altri casi l'adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di referenza o assistenza, spetta allo Stato o alle regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali" e, al comma 2, che "in caso di emergenza che interessi il territorio di più comuni, ogni sindaco adotta le misure necessarie fino a quando non intervengano i soggetti competenti ai sensi del comma 1", tali disposizioni si trovano infatti ripetute pressoché alla lettera nell'art. 50, commi 5 e 6, del d.lgs. n. 267/2000 (*Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali*); peraltro, a volere essere pignoli, con un'imprecisione di *drafting*, il testo unico degli enti locali richiamando "il precedente comma", invece che il numero esatto del comma. Non sarebbe saggio pensare che, qui come altrove, *repetita iuvant*: a ciò si oppongono almeno tre ordini di riflessioni, il primo, per cui il senso di ogni disposizione è dato dal tenore letterale e dal contesto normativo in cui è inserita (la medesima formulazione normativa, inserita nell'ambito della normativa di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato ad altri enti territoriali, ispirata al principio di una generalità di attribuzione e di una residualità delle seconde rispetto alle prime, può cambiare significato normativo ove inserita nell'ambito delle disposizioni relative all'organizzazione e alle funzioni di tali enti); il secondo, per cui la diversa collocazione temporale di vigenza delle medesime influisce sulla loro interpretazione e applicazione; in terzo luogo la riproduzione di medesime disposizioni in atti diversi senza che vi sia abrogazione delle precedenti da parte delle successive – e senza che possa esservi proprio per le ragioni del primo ordine qui considerato –, espone ai problemi di coordinamento derivanti da una eventuale futura modifica della disposizione riprodotta e non di quella originale, come si può notare nel caso di specie, in cui la coincidenza tra il comma 1 dell'art. 117 d.lgs. 112/1998 e il comma 5 dell'art. 50 d.lgs. 267/2000 è venuta parzialmente meno a seguito della novella di cui all'art. 8, comma 1, lett. a), punto 1), d.l. 14/2017, conv. l. 48/2017

¹² Tra i tanti commenti recentissimi in tal senso, v. L. RICHELDI, *Noi medici e la battaglia improvvisa*, in *Vita e pensiero*, 3/2010, p. 10; sull'imprevedibilità v. A. PESSINA, *La verità, le scienze e il convitato di pietra*, ivi, pp. 14 ss.

¹³ Per un esempio di quanto affermato nel testo si v. il "*Piano di proposte operative per la gestione sanitaria regionale della Fase 2 dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 approvato dalla Cabina tecnica di regia di cui alla DGR 343/2020. Approvazione e conseguenti determinazioni*", allegato alla DGR n. 748/2020 del 7 agosto 2020 della Giunta regionale

sia stato il problema principale, perché significa non tenere in considerazione alcuni dati di fatto e alcuni elementi di sistema: sia perché, anche al massimo del picco pandemico sinora registrato, non si è mai andati al di sopra di un'occupazione complessiva del 50% dei posti letti disponibili in rianimazione e terapia intensiva (è senz'altro vero che, stante la distribuzione concentrata del picco, in alcune realtà territoriali la situazione sia stata drammatica, ma non va dimenticato che in Italia abbiamo un Servizio sanitario *nazionale*, cioè incentrato sulla solidarietà tra i cittadini e i territori, e che pertanto la mobilità sanitaria è un elemento costitutivo del sistema, non semplicemente un suo fattore distorsivo cui porre rimedio ...), sia perché tali posti letto non hanno subito una diminuzione nel decennio precedente¹⁴. Il problema, per contro, di ieri, di oggi e (speriamo) di domani, sta nella necessità di rispettare, valorizzare e tenere periodicamente aggiornati gli standard relativi all'assistenza ospedaliera¹⁵ e di pervenire il più rapidamente possibile alla definizione dei relativi standard dell'assistenza sanitaria territoriale, nonché di superare il mito del posto letto¹⁶, a favore di una considerazione reticolare dei servizi che non significa semplicemente, secondo un *mantra* ripetuto all'inverosimile in questi mesi, più servizi territoriali, ma proprio più rete tra servizi territoriali ed ospedalieri, così da considerare in modo unitario la complessiva rete dei servizi sanitari e di tutela della salute¹⁷.

3. La terza cosa da non fare, strettamente collegata con la seconda, è pensare che il problema sia soprattutto quello della limitatezza delle risorse di personale, e che quindi esso sia risolto una volta che, superati finalmente taluni limiti angusti all'incremento del per-

della Regione Valle d'Aosta, in particolare il n. 4 e i relativi allegati, in applicazione dell'art. 2 del d.l. n. 34/2020 (conv. nella l. n. 77/2020). Il piano valdostano costituisce altresì, sulla scia della provocazione di Giuseppe De Rita (menzionata *retro*, nt. 3), non un elenco di cose da attuarsi da parte dei soggetti pubblici, ma una chiamata rivolta a tutti i singoli soggetti coinvolti nel sistema sanitario a fare, sono in fondo, ciascuno la propria parte.

¹⁴ Per quanto concerne il numero dei posti letto di terapia intensiva (in strutture pubbliche e accreditate), è sufficiente consultare gli annuari statistici del SSN per rilevare che, tra il 1997 e 2017, esso è complessivamente aumentato, secondo un andamento che non ha mutato di segno a seguito dell'applicazione del d.m. 70/2015 e che risultava confermato (con circa 5100 posti) quando, nei primi giorni di marzo 2020, è stato avviato il piano di potenziamento che avrebbe portato quasi a raddoppiarli nel giro di alcune settimane (erano 4996 nel 2017, anno di riferimento dell'ultimo annuario disponibile, pubblicato nel 2019).

¹⁵ Penso naturalmente agli "standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" di cui al regolamento 3 aprile 2015, n. 70. La storia di questo decreto è nota, anche per quanto concerne la sua riconduzione, a opera della Corte costituzionale (sent. n. 134 del 2006), ad atto di specificazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (Lea) e pertanto assoggettato alla medesima procedura di intesa con la Conferenza Stato-regioni; per quanto attiene al profilo sottolineato nel testo si veda in particolare l'art. 1.

¹⁶ Sembra ancora tributario di un'eccessiva confidenza in tale mito il recente Rapporto del Censis su come viene fronteggiata la crisi: cfr. Fondazione Censis, *Stress test Italia*, cit., pp. 8 ss. (anche in tema di personale il Rapporto presenta talune imprecisioni; per es. il c.d. blocco del *turn-over* non è una misura generale, ma riferita esclusivamente alle regioni in piano di rientro).

¹⁷ Sotto questo profilo andrebbe forse meglio valorizzata la disposizione, rimasta ancora largamente inattuata, contenuta nell'art. 1, comma 5, lettera m) del menzionato d.m. n. 70/2015, secondo cui le regioni devono individuare "le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati".

sonale¹⁸ e arrivate, a seguito della complessa trattativa in sede di Unione europea, risorse finanziarie adeguate, sia possibile ricominciare ad assumere senza adeguata attenzione alle esigenze di programmazione e “al fine di ottenere vantaggi puramente particolaristici (più personale, più spesa, più potere categoriale, ecc.)”¹⁹, dimenticando che: a) anche su questo punto gli standard sopra evocati vanno rispettati, perché il principio di buon andamento dell’amministrazione implica che sono i professionisti e il loro numero che devono essere allocati dove è più utile localizzare i servizi con determinate modalità, e non, all’inverso, che i servizi vengano disegnati ritagliandoli sugli abiti e sulla localizzazione preferibile dei professionisti e delle loro abilità di nicchia; b) che, se per personale intendiamo quello ospedaliero, occorre essere consapevoli dell’ineliminabile contraddizione tra un aumento indifferenziato del medesimo e la ribadita convinzione circa la necessità di un ridimensionamento dell’approccio incentrato sulla medicina ospedaliera per acuti e di un potenziamento della cosiddetta sanità territoriale.

4. Una quarta cosa da non fare attiene al lessico, e in particolare all’impiego generalizzato e quasi inesorabile del termine produzione e dei vocaboli assimilati per denotare le attività di prestazione di servizi sanitari: si parla così di valore della produzione, di capacità produttiva delle strutture, di limiti budgetari alla produzione, di obiettivi produttivi, e così via. Solitamente, questa tendenza si giustifica, più o meno implicitamente, con l’argomento che essa sarebbe conseguenziale alla scelta di aziendalizzazione contenuta nel d.lgs. n. 502/1992, confermata sia dal d.lgs. n. 517/1993, sia dal d.lgs. n. 229/1999 e non smentita dal d.l. n. 158/2012. Personalmente sono convinto che sia stata invece la distorta connotazione dell’aziendalizzazione ad avere concorso a tale abitudine linguistica.

Lungi dall’essere assimilabile a “privatizzazione”, il termine infatti si consolida all’interno del Servizio sanitario nazionale proprio con la riforma del 1998-1999, in forza di un principio di delega che imponeva al legislatore delegato di “verificare e completare il processo di aziendalizzazione delle strutture del Servizio sanitario nazionale” (art. 2, comma 1, lett. b) della l. n. 419/1998) e nel quadro di un approccio di politica sanitaria volto espressamente ad arginare le derive “economicistiche”²⁰. Ne deriva una funzione dell’aziendalizzazione che esprime, in realtà, la scelta di mantenere elevati i livelli dello Stato sociale in materia sanitaria e di salute, pure in presenza di allocazioni ridotte di risorse finanziarie²¹. Si spiega così anche quella che apparentemente poteva sembrare (e parve, ad alcuni) una

¹⁸ Si veda l’art. 11 del d.l. n. 35/2019.

¹⁹ Così efficacemente G. DE RITA, *Introduzione cit.*, pp. 6-7.

²⁰ Cfr. il mio *La legge n. 419 del 1998 recante delega per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: prime considerazioni d’insieme*, in *Sanità pubblica*, 1999, pp. 161-172; *Id.*, *Il Servizio sanitario nazionale tra razionalizzazione delle strutture e assetto normativo (riflessioni sulla legge 30 novembre 1998, n. 419)*, in *Quaderni regionali*, 1998, n. 1, pp. 941-961.

²¹ Così mi esprimevo, una decina d’anni fa, in *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?* in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e Pensiero, 2011, p. 60 e nt. 4

contraddizione insanabile tra natura pubblicistica delle aziende sanitarie e riconduzione al diritto privato della generalità dei loro atti, tra personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale, e che invece può essere spiegata proprio in forza di quella preoccupazione del legislatore, delegante e delegato: l'aziendalizzazione si incentra nel rilievo della componente organizzativa, bene espresso nella formulazione originaria che qualificava l'oggetto dell'atto aziendale in termini di "organizzazione e funzionamento" dell'azienda, cioè enfatizzando il legame tra il momento organizzativo e quello della prestazione dei servizi, in piena coerenza, sul punto, con la linea forte della riforma del 1992²². Per contro, l'aziendalizzazione è stata opportunamente intesa quale terreno di applicazione di istituti e termini in precedenza pressoché sconosciuti alle pubbliche amministrazioni (valutazione, performance, incentivi e sanzioni, contabilità per centri di costo), oltre che come occasione di temperamento tra nomina fiduciaria dei vertici aziendali e carattere tecnico-professionale dell'attività svolta. E, d'altra parte, l'applicazione alle aziende di una nozione, sorta con riferimento all'attività di enti pubblici economici operanti in contesti concorrenziali, quale quella di autonomia imprenditoriale (all'interno delle dottrine del c.d. *new public management*), non poteva che aprire un campo inesplorato proprio per via dell'apparente contraddizione, quasi un ossimoro, tra controllo regionale e imprenditoria²³.

Da quanto detto, consegue l'inopportunità di un impiego di termini propri dell'attività di produzione di beni e servizi in forma imprenditoriale per qualificare le attività di prevenzione, cura e riabilitazione svolte dalle aziende del Servizio sanitario nazionale, le quali hanno per finalità quella di "produrre" salute attraverso tali attività, assicurando in capo alla popolazione di riferimento i livelli essenziali, cioè necessari e appropriati, delle prestazioni stesse: una finalità, dunque, che per sua intima natura male sopporta qualificazioni riferite ad organizzazioni nelle quali la produzione di beni e servizi in condizioni di efficacia, efficienza ed economicità costituisce l'unico e indefettibile, obiettivo aziendale, anche in relazione alla circostanza, mai sufficientemente sottolineata, che al maggiore raggiungimento degli obiettivi di salute corrisponde, almeno tendenzialmente, una minore necessità di interventi di cura e di riabilitazione.

5. Anche la quinta "cosa da non fare" attiene al lessico, e specificamente alla parola "sostenibilità". Non è soltanto questione di inflazione terminologica, visto che da tempo tale

²² Cfr., per sviluppi sul punto, R. BALDUZZI, G. DI GASPARE, *Introduzione*, in *L'aziendalizzazione nel d.lgs. n. 229/1999*, a cura di R. Balduzzi e G. Di Gaspare, Milano, Giuffrè, 2001, pp. 1 ss.

²³ V., tra i molti, il mio *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza dei sottosistemi sanitari regionali*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute fra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011. Recentemente, una netta sottolineatura della distinzione tra "la diversa finalità del servizio pubblico" di tutela della salute rispetto "a quella dell'attività commerciale" è contenuta in Corte cost., sent. n. 157 del 2020, red. Carosi (punto 4.1. del *considerato in diritto*).

termine è impiegato come *catch-all term*²⁴, e questo già dovrebbe suggerirne un uso sorvegliato: quanto più un vocabolo viene usato in contesti plurimi e spesso stereotipati, tanto più, almeno in sede scientifica, esso va maneggiato con attenzione.

L'esperienza dell'indagine conoscitiva che, nel corso della XVII legislatura, la Commissione XII del Senato della Repubblica ha svolto in tema di "sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità"²⁵ è in proposito assai significativa, in quanto il documento finale dell'indagine fa proprie le conclusioni che, quindici anni prima in Canada, la cosiddetta Commissione Romanov aveva incluso in un fortunato *Report* ("Non vi è alcun standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno (...) Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia"²⁶), per giungere a concludere che "la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico; fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica? (...) Una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica".

Se riandiamo alle discussioni sul futuro del nostro Servizio sanitario nazionale non possiamo non constatare che il ricorso alla parola magica della sostenibilità o di termini consimili ha generalmente avuto una connotazione politica prima e piuttosto che tecnica e scientifica: un *ballon d'essai*, insomma, piuttosto che una reale ipotesi di lavoro²⁷.

²⁴ E così si parla, non sempre in modi sorvegliati, non soltanto (e lì potrebbe essere giustificato) di ambiente e di sviluppo sostenibile, ma altresì di democrazia sostenibile, di scuola sostenibile, di regione sostenibile, di salute sostenibile, e così via. L'affiancamento dell'aggettivo sostenibile ai sistemi sanitari o alla salute non è nuovo, ma esso sembra appartenere, come si dirà nel testo, più ai discorsi prescrittivi della politica che al discorso propriamente scientifico.

²⁵ Si veda in particolare la seduta della Commissione del 10 gennaio 2018, nel corso della quale viene approvato il documento conclusivo dell'indagine e si sottolinea che esso incorpora i contenuti della Relazione approvata dalla medesima Commissione sullo stato e le prospettive del Servizio sanitario nazionale

²⁶ Commission on the Future of Health Care, *Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report*, National Library of Canada, 2003.

²⁷ Una conferma in un ricordo personale, quando, il 27 novembre 2012, durante un intervento d'occasione, il presidente del Consiglio dei ministri sen. Mario Monti ebbe ad affermare che la sostenibilità futura del Ssn avrebbe potuto «non essere garantita». L'affermazione ebbe notevole eco mediatica e comportò, nella stessa giornata, una precisazione: "Contrariamente a quanto riportato dai media il Presidente ha voluto attirare l'attenzione sulle sfide cui devono far fronte i sistemi sanitari per contrastare l'impatto della crisi. Ciò vale, peraltro, per tutti i settori della pubblica amministrazione. Le soluzioni ci sono, e vanno ricercate attraverso una diversa organizzazione più efficiente, più inclusiva e più partecipata dagli operatori del settore (...) Le garanzie di sostenibilità del servizio sanitario nazionale non vengono meno. Per il futuro è però necessario individuare e rendere operativi modelli innovativi di finanziamento e organizzazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie". Oggi che, a seguito della pandemia in corso, il sen. Monti è stato scelto dall'OMS alla guida della Commissione paneuropea per la sanità e lo sviluppo sostenibile, sarà interessante verificare se (e quanto di) quella affermazione si riverserà nella sede tecnica della Commissione, anche considerando che, in sede scientifica, le proposte di affiancare al finanziamento attraverso la fiscalità generale altri "pilastri" sono generalmente state considerate, oltre che contrastanti con il carattere universalistico del sistema, altresì poco convenienti ed efficienti dal punto di vista economico (v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., p. 11).

6. Tra le cose da fare, metterei al primo posto il potenziamento della capacità di coordinamento da parte del livello centrale. Non si tratta, come già dovrebbe essere chiaro da quanto sopra accennato a proposito del Titolo V, di aumentare i “poteri” del centro, ma, appunto, la capacità di esercitarli²⁸.

In proposito, possono aiutare tre esempi:

Il primo è tratto dalle recenti vicende concernenti Covid-19, e in particolare dalla volontà di distinguersi di questo o quel presidente di giunta regionale²⁹ rispetto alle (chiare, come si è visto) regole di competenza, oltre che alla difficoltà di vedere applicato, nel rapporto tra i diversi livelli di governo, il principio costituzionale di leale collaborazione³⁰: se è indubitabile che, a tali incertezze, abbia contribuito l'inusitata, persino nel nostro Paese, mole numerica e quantitativa dei provvedimenti (decreti-legge, d.P.C.m., ordinanze) adottati³¹, è altrettanto indubitabile che l'assetto legislativo in materia appare, come già accennato, non soltanto adeguato a consentire una gestione efficace ed efficiente del contrasto alla pandemia, ma altresì aderente all'impianto costituzionale di uno Stato delle autonomie³², in quanto assegna al livello più prossimo al manifestarsi dell'emergenza i compiti

²⁸ Per una ricostruzione dedicata a un profilo puntuale, ma di grande interesse, circa come esercitare i poteri centrali in ordine al sistema dell'emergenza sanitaria territoriale v. F. BRUGNOLA, *Il sistema dell'Emergenza Sanitaria Territoriale ad una svolta*, in questa *Rivista*, pp. 403 ss.

²⁹ Gli esempi sono innumerevoli, dalle regole sull'indossare le mascherine filtranti, a quelle sulla numerosità e procedure dei tamponi oro/rino-faringeo per la diagnosi di Covid-19, alle limitazioni alla circolazione delle persone e all'apertura di determinati esercizi commerciali, sino a vicende che sono apparse a molti stravaganti (ma che nondimeno hanno incontrato “esperti” pronti a giustificarle) come quella concernente il provvedimento di una regione speciale relativo alla chiusura dei centri per migranti.

³⁰ V. già il mio *Indicazioni per un'agenda del “dopo”*, cit., p. 5. Sul tema “*Le fonti del diritto alla prova della pandemia*” verterà il prossimo XVIII Convegno nazionale di diritto sanitario (Alessandria, 16-17 ottobre 2020), promosso dalla Società italiana di diritto sanitario (SoDiS) in collaborazione, tra gli altri, con il Centro interdipartimentale per il management sanitario dell'Università del Piemonte Orientale (CEIMS) e con questa *Rivista*.

³¹ Non consola, ma va comunque segnalata, la circostanza che problemi e difficoltà analoghe siano comuni alla generalità degli ordinamenti: si vedano le ampie rassegne pubblicate su *verfassungsblog.de* e su *federalismi.it*. Per un esempio particolarmente significativo, perché riferito a un ordinamento al tempo stesso affine e diverso rispetto al nostro come quello del Regno Unito, v., ad es., C. MULLAY, *No unity in the United Kingdom*, in *Verfassungsblog*, 26 giugno 2020. Persino nella realtà francese, dove si sarebbe portati a pensare che le prerogative dello Stato (e dei prefetti) non siano in discussione, abbiamo assistito a una forte tensione tra sindaci e prefetti sulla competenza a stabilire l'obbligatorietà della mascherina in determinate situazioni, e ciò nonostante l'apparente chiarezza dell'art. L2212-2 del *code général des collectivités territoriales*, che prevede un potere generale di ordinanza dei sindaci al fine di prevenire le malattie epidemiche o contagiose, sottoposto alla duplice condizione che tali restrizioni non compromettano la coerenza e l'efficacia delle misure statali, e siano rese necessarie da ragioni proprie del singolo comune (si v., da ultimo, la decisione del 5 agosto 2020 del Tribunale amministrativo di Nizza).

³² V. *retro*, testo e nt. 11. Da registrare una qualche disattenzione dottrinale nell'individuare proprio nell'art. 117 del d.lgs. n. 112/1998 (e nell'art. 50 del d.lgs. n. 267/2000) la disposizione cardine per inquadrare l'esercizio dei poteri di emergenza: per un es., v. E. RAFFIOTTA, *Norme d'ordinanza. Contributo a una teoria delle ordinanze emergenziali come fonti normative*, Bologna, Bononia University Press, 2019, pp. 90 ss.; G. DI GENIO, *DPCM e ordinanze regionali seriali Covid-19 nella legge n. 35 del 22 maggio 2020 (il caso della regione Campania)*, in questa *Rivista*, pp. 431 ss. Anche E. D'ORLANDO, *Emergenza sanitaria e Stato regionale*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2020, pp. 583 ss., pure in un contributo assai attento al corretto equilibrio tra le attribuzioni del livello centrale e quelle dei livelli regionali, si limita a menzionare (opportunamente, peraltro) l'art. 6, comma 1, lett. b) della l. n. 833/1978, oltre che le disposizioni in tema di protezione civile.

di intervento, ma si fa carico, sempre secondo il principio di sussidiarietà, di assegnarli al livello superiore e, nel caso di emergenza interregionale o nazionale, a quello centrale, al fine di assicurarne l'esercizio unitario. Si è scritto, in dottrina, che l'attuazione di tale assetto in questi mesi avrebbe patito di due limiti di approccio (da un lato, un eccesso di devoluzione – si veda, per un esempio, l'art. 3, comma 2, del d.l. n. 6/2020³³ –, dall'altro un difetto di coinvolgimento stabile delle regioni in una cabina di regia)³⁴: se si può concordare che, quanto al primo, le facoltà di deroga regionale non siano state adeguatamente indirizzate da un quadro di regole nazionali, avanzerei qualche dubbio circa il secondo, parendo a me che l'autorità centrale abbia sistematicamente provato a coinvolgere le regioni, e che siano state queste ultime, o alcune fra esse, che abbiano manifestato freddezza rispetto a un coinvolgimento che, data l'esigenza di tempestività e, in qualche caso, di immediatezza richieste dalla natura degli interventi, difficilmente avrebbe potuto e potrebbe porsi come concertazione e co-decisione in senso stretto.

Il secondo esempio attiene alle vicende normative e ordinamentali della medicina generale, che hanno conosciuto ulteriore notorietà a seguito della pandemia, ma che costituiscono da molti anni uno dei temi ricorrenti del confronto politico e giuridico in campo sanitario. La riforma sanitaria del 2012 (d.l. n. 158/2012, conv. l. n. 189/2012) aveva assunto tale tema come cardine non soltanto di sé medesima³⁵, ma dell'intera operazione di riqualificazione e riorganizzazione (comprensiva quindi della parte di rilievo sanitario inclusa nel d.l. n. 95/2012, conv. l. 135/2012, c.d. *spending review*, e del suo principale provvedimento attuativo, cioè il menzionato d.m. sugli standard ospedalieri) del sistema sanitario, in cui alla rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera e della relativa spesa si accompagnava, finalmente, la riorganizzazione della sanità territoriale e della relativa spesa, a partire dal suo "cuore", cioè la medicina generale. Ben consapevole della fatica e delle resistenze che avevano in precedenza sempre caratterizzato i tentativi di riorganizzazione, il legislatore della riforma non si è limitato a definire i compiti di ciascuno e a disegnare una moderna medicina di famiglia, ma ha inserito una singolare clausola, in virtù della quale, ove entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici convenzionati, il ministro della salute avrebbe

³³ L'art. 3, comma 2, del d.l. 6/2020 è poi stato abrogato, insieme alla quasi totalità delle disposizioni di quel decreto, dal successivo d.l. 19/2020, il cui art. 3, comma 1, si è fatto carico dello stesso problema regolatorio, secondo una impostazione che non ha negato margini di differenziazione alle Regioni, ma in base a presupposti, per scopi ed entro limiti più definiti.

³⁴ Così, tra gli altri, incisivamente M. LUCIANI, *Intervento*, in www.italiadecide.it; E. D'ORLANDO, *Emergenza sanitaria e Stato regionale*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 2/2020, pp. 590 ss.; R. CAVALLO PERIN, *Pandemia 2020: decreti e ordinanze d'emergenza*, in www.giustiziainsieme.it, 15 maggio 2020. Per una approfondita, e condivisibile, disamina della discussa espressione "nelle more", contenuta nel secondo comma dell'art. 3 del d.l. n. 6/2020 v. S. STAIANO, *Né modello né sistema*, cit., pp. 539 ss.

³⁵ Non fu casuale che il primo articolo del d.l. n. 158 concernesse proprio la riforma della medicina generale: sul punto v. AA. VV., *La nuova sanità territoriale*, a cura di C. Bottari e P. DE ANGELIS, con prefazione di R. Balduzzi, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016; E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in questa *Rivista*, n. 2-2019, pp. 259 ss.

emanato “disposizioni per l’attuazione in via transitoria dei principi” della riforma³⁶. Così facendo, lo Stato si è dato un potere importante di pressione e di responsabilizzazione delle controparti territoriali e professionali. Appunto, un potere di intervento, che bisogna volere, e naturalmente sapere, utilizzare ...³⁷.

Il terzo esempio lo tratto da una “coppia” assai conosciuta nella comunità degli operatori e degli studiosi di diritto sanitario, cioè i due “Tavoli” romani, il “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti” regionali, istituito presso il Ministero dell’economia e delle finanze, e il Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute³⁸. Pur non essendovi disposizioni normative di fonte primaria che

³⁶ Ai sensi dell’art. 1, comma 6, del d.l. n. 158/2012, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del medesimo decreto, “si procede, secondo la normativa vigente, all’adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell’articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) del citato articolo 8, comma 1, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell’articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate”. Ai sensi del successivo comma 7, “decorso il termine di cui al comma 6, primo periodo, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentite la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, emana, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l’attuazione in via transitoria dei principi richiamati dal medesimo comma 6. Tali disposizioni cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore degli accordi di cui al comma 6”. Si confronti, per misurare la diversità dell’approccio in un momento di emergenza nazionale, il testo dell’art. 38 del d.l. n. 18/2020, conv. l. n. 40/2020.

³⁷ Riuscendo anche a superare la tendenza, forte in sanità ancorché presente in molti altri comparti, a pensare che la difficoltà di attuare approcci politico-amministrativi innovativi possa essere superata ripetendo e iterando formule programmatiche e normative che li condensano. Si veda, per un esempio particolarmente significativo, la scheda n. 8, preparata nel lavoro tecnico Stato-regioni in vista del nuovo Patto per la salute 2019-2021: la scheda preconizza “il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l’integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone. Al fine di far fronte ai nuovi bisogni di salute derivanti dall’aumento delle patologie croniche e dei quadri complessi pluripatologici, Governo e Regioni convergono sulla necessità di dare piena attuazione ai modelli di riorganizzazione dei servizi territoriali (AFT e UCCP) assicurando una rete territoriale, multi-professionale e multidisciplinare integrata, con sede unica o con sedi diverse collegate funzionalmente di cui facciano parte medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, biologi, psicologi, infermieri, fisioterapisti, etc., con il compito di effettuare una reale presa in carico del paziente, interagendo con le strutture ospedaliere attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) concordati e condivisi. A tal fine potranno essere di supporto anche gli strumenti innovativi collegati alle tecnologie dell’informazione e della comunicazione (ICT)”. Non manca (quasi) nulla ...

³⁸ Si vedano rispettivamente gli artt. 12 e 9 dell’*Intesa* in sede di Conferenza Stato-regioni del 23 marzo 2005. Per altre considerazioni sul punto rinvio al mio *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, a cura di F. ROVERSI MONACO e C. BOTTARI, Santarcangelo di Roma, Maggioli, 2012, pp. 93 ss. Una descrizione dei due “Tavoli” in A. URBANI, *Il Servizio sanitario nazionale guarda al futuro. Verso nuovi e più evoluti schemi di governance*, Milano, Egea, 2019, pp. 34 ss.; il volume di Urbani si caratterizza per ampiezza di informazione e approccio attento ed equilibrato, con una predilezione per l’impiego e la valorizzazione di modelli previsionali con connotazioni matematico-quantitative (fiducia forse eccessiva, chiosa nella prefazione Elio Borgonovi). Pur essendo ampiamente consapevole della necessità di dare rilievo alla sanità territoriale, il volume è imperniato sull’esame di quella ospedaliera: la circostanza non è casuale, in quanto quello territoriale è un ambito nel quale mancano indicazioni certe e validate di carattere statistico-informatico, e pertanto su di esso l’A. ha evidentemente valutato di avere meno cose da dire. Per altre considerazioni sui due “Tavoli” rinvio al mio *Livelli essenziali e risorse*

stabiliscano la prevalenza del Tavolo finanziario su quello della qualità dell'assistenza (semmai dovrebbe essere l'inverso, posto che, mentre l'equilibrio economico-finanziario è un vincolo, i risultati di salute sono costituzionalmente l'obiettivo da perseguire), è opinione comune la sopravvalutazione del primo a scapito del secondo: anche qui, tuttavia, dipende dalla capacità di ciascuna branca dell'amministrazione e di coloro che ad esse sono preposti³⁹. La normativa sui cosiddetti "piani di rientro" (in origine qualificato, più correttamente, come "programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale"⁴⁰) considera i due tavoli come le due facce della medesima medaglia, e questo conferisce allo Stato poteri incisivi rispetto alle gestioni regionali inefficienti, "e non solo un'alta sorveglianza o la partecipazione ai processi di riparto della spesa"⁴¹.

7. La seconda "cosa da fare" attiene al potenziamento della prevenzione. Qui si sta dentro a una delle grandi opzioni in tema sanitario, ma, ancora una volta, bisogna fare attenzione a non privilegiare un'idea della prevenzione (almeno di quella primaria) tutta collocata sul versante sanitario, dimenticando che la prevenzione primaria (e in parte, anche quella secondaria: i numeri degli screening parlano chiaro)⁴² è tale soltanto in un approccio integrato, in cui fattori sanitari, ambientali e sociali vengono considerati nel loro intreccio. Il nostro Paese si è dotato, dal 2006, di uno strumento assai interessante e sofisticato, il sistema di sorveglianza Passi (acronimo di "Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia") che, nato con l'obiettivo di monitorare lo stato di salute della popolazione italiana adulta, è diventato, nel tempo, il database più informato su cui impostare politiche di prevenzione primaria (relativamente a stili di vita problematici; fumo, inattività fisica,

disponibili: la sanità come paradigma, in AA. VV., *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, a cura di F. ROVERSI MONACO e C. BOTTARI, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2012, pp. 93 ss.

³⁹ L'affermazione va tuttavia sfumata alla luce dell'assetto dei rapporti tra ministeri competenti stabilito dal legislatore in occasione della re-istituzione (con la legge 172/2009) del Ministero della salute in dicastero autonomo, dopo il breve periodo di riconduzione delle sue funzioni ad un unico Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (previsto nell'originaria versione del d.lgs. 300/1999, ma poi effettivamente sperimentato, per un anno e mezzo, soltanto all'inizio della XVI legislatura, a seguito del d.l. 85/2008, conv. l. 121/2008). In quella circostanza, infatti, sono state introdotte nell'ordinamento alcune disposizioni (artt. 47-bis, c. 2, e 47-ter, c. 1, lett. a) e b), d.lgs. 300/1999) che subordinano, *per tutti i profili di carattere finanziario*, l'esercizio delle funzioni di coordinamento del SSN attribuite al Ministero della salute al concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, le cui generali funzioni di monitoraggio della spesa pubblica, simmetricamente, sono state precisate con alcune specificazioni che riguardano espressamente la spesa sanitaria e, in particolare, il concorso dello Stato al finanziamento del SSN e i c.d. piani di rientro [v. artt. 23, c. 2, e 24, c. 1, lett. b), d.lgs. 300/1999].

⁴⁰ Art. 1, comma 180, l. n. 311/2004.

⁴¹ Sembra propendere in tal senso A. TRAVI, *Le riforme*, cit., p. 69. Per una recente conferma sul parallelismo dell'attività compiuta dai "Tavoli tecnici di verifica", opportunamente considerati in modo unitario, v. la già menzionata Corte cost., sent. n. 157 del 2020; si v. anche le sentt. n. 197 del 2019 e 62 del 2020 (sulle quali v. A. MORRONE, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, in questa *Rivista*, n. 1-2020, pp. 9 ss.).

⁴² V. i dati riferiti da A. URBANI, *Il Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 130 ss.

cattive abitudini alimentari, consumo di alcool, dipendenze varie) e secondaria (screening oncologici, controllo rischio cardiovascolare, copertura vaccinale antinfluenzale)⁴³. Innestando sull'esperienza consolidata del sistema Passi taluni indicatori socio-ambientali sarebbe possibile offrire la base per politiche di sanità pubblica davvero di prevenzione e inverare l'impegnativa previsione proclamata, vent'anni fa, nell'art. 35 della Carta di Nizza, secondo cui ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria⁴⁴.

8. La terza cosa da fare è, finalmente, la declinazione concettuale e operativa di una nozione da tempo presente nella letteratura scientifica sui temi della salute e dell'organizzazione sanitaria, cioè la nozione di integrazione socio-sanitaria⁴⁵. Essa costituisce un fatto sociale complesso⁴⁶, in quanto viene a integrare, nel significato stretto della parola (cioè di portare a pienezza)⁴⁷, due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico.

Le difficoltà che l'integrazione socio-sanitaria ha incontrato sono legate a due ordini di fattori.

Il primo è strettamente concettuale e attiene alle tante sfaccettature della nozione: accanto all'integrazione professionale e a quella gestionale, rilevano sia l'integrazione orizzontale tra i Comuni, cioè gli enti amministrativi titolari della competenza in ordine all'assistenza sociale, quella verticale tra Comuni e Regioni, cioè gli enti titolari della relativa competenza legislativa, sia infine quella cosiddetta comunitaria, cioè riferita agli enti e alle organizzazioni del Terzo Settore⁴⁸. Quest'ultima, in particolare, sembra essere la vera sfida e il vero obiettivo da realizzare, nel senso che l'integrazione socio-sanitaria acquista pienezza e spessore quando enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un'autentica integrazione comunitaria⁴⁹.

Il secondo attiene alla perdurante assenza dello strumento capace di fornire la base conoscitiva e concettuale per una reale integrazione, cioè la definizione e standardizzazione dei

⁴³ Per informazioni v. <https://epicentro.iss.it/passi>.

⁴⁴ Sul punto v. G.P. ZANETTA, *La prevenzione nei sistemi costituzionali europei*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, il Mulino, 2008, p. 445.

⁴⁵ Su tale nozione, e sulle ragioni a favore o contro rispetto alla scrittura con o senza trattino, si vedano i contributi pubblicati in questa *Rivista*, n. 2/2018, pp. 245 ss.

⁴⁶ Così esattamente A. FAVRETTO, *Dalle diadi alle costellazioni; considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, in questa *Rivista*, n. 2/2018, p. 352.

⁴⁷ E secondo differenti graduazioni: il che permette meglio di comprendere il significato dell'espressione "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", talora impiegata nella vigente legislazione (art. 3-*septies*, commi 4 e 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229). Sul punto, per sviluppi, v. i miei *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta?* in questa *Rivista*, n. 2/2018, pp. 245 ss.; *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto, Special Issue*, n. 2/2019, spec. il § 4.

⁴⁸ Su tali sfaccettature della nozione v. per tutti E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?* in questa *Rivista*, n. 2/2018, pp. 249 ss.

⁴⁹ V. il mio *L'integrazione sociosanitaria si fa a partire dalle comunità*, in *Avvenire*, 16 giugno 2020, p. 3.

livelli essenziali di assistenza sociale, i cosiddetti Liveas, la cui declaratoria impegna ormai da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi. Tale assenza ha comportato almeno due conseguenze importanti, la cui risultante appunto concorre in misura significativa a spiegare quelle difficoltà: in primo luogo, perché “impedisce la compiuta attuazione del sistema di finanziamento delle funzioni degli enti territoriali previsto dall’art. 119 Cost.”⁵⁰; in secondo luogo, perché rende meno efficaci gli sforzi fatti in questi anni sul terreno dell’armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio⁵¹. Sembra cioè, guardando al passato, che si sia delineata una sorta di circolo vizioso per cui la mancata standardizzazione delle prestazioni rende ardua la definizione dei Liveas⁵² e tale assenza, a sua volta, limita significativamente la possibilità di procedere a un’articolazione del nomenclatore delle prestazioni e degli interventi sociali che possa andare al di là dei macrolivelli degli obiettivi di servizio.

Per superare le difficoltà di pervenire a una reale integrazione socio-sanitaria, potrebbe essere importante cogliere l’opportunità offerta dall’art. 1, commi 4 e 4-bis, del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella l. 17 luglio 2020, n. 5377, che prevedono, al fine di assicurare “il massimo livello di assistenza” a favore dei soggetti contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di “tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall’emergenza in corso e di “implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti” per i pazienti

⁵⁰ Dunque non soltanto non viene attuata la legge n. 42/2009, ma ciò si riflette sull’attuazione, *in parte qua*, dell’art. 119 Cost. nel testo novellato nel 2001. La citazione tra virgolette nel testo è tratta da Corte cost., sent. n. 273 del 2013, red. Mattarella.

⁵¹ Cfr. C. CHIAPPINELLI, *Allocazione delle risorse e politiche sociosanitarie: per un approccio giuscontabile nella spesa “costituzionalmente necessaria”*, in questa *Rivista*, n. 2/2018, pp. 295 ss.

⁵² Il paragone con i livelli essenziali di assistenza sanitaria è illuminante, poiché essi sono diventati realtà (e non sono rimasti meri macro-livelli) in seguito alla standardizzazione delle prestazioni realizzata con lo strumento dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG), operazione certamente che ha presentato profili problematici e rischi di derive economicistiche, ma che ha avuto proprio il grande merito di costituire la base di partenza su cui costruire l’intero edificio dei Lea, che attualmente conta oltre seimila tipologie di prestazioni (v. sul punto quanto già riferito nel mio *Livelli essenziali e risorse disponibili*, cit., pp. 67 ss.; in generale sui Lea, v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. BALDUZZI e G. CARPANI, Bologna, il Mulino, 2013, pp. 81 ss.). Dopo l’aggiornamento dei Lea effettuato con 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.*, serie gen., n. 65 del 18.3.2017, s.o. n. 15), il sistema sta attualmente affrontando le due sfide importanti del superamento della sovrapposizione tra livelli essenziali e prestazioni (attraverso una più attenta considerazione delle diverse modalità di erogazione della medesima prestazione) e di monitoraggio e aggiornamento dei Lea (attraverso l’attività della “Commissione nazionale per l’aggiornamento dei Lea e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale”, prevista dall’art. 1, comma 556 della l. 28 dicembre 2015, n. 208): sul punto v. A. URBANI, *Il Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 167 ss.

⁵³ Sull’art. 1, comma 4-bis, v. il mio *L’integrazione sociosanitaria*, cit., dove osservavo che tale sperimentazione non era “a tavolino”, in quanto il suo retroterra è costituito da una rete pluridecennale di istituzioni sociosanitarie e socioassistenziali, avente come capifila la Casa della Carità di Milano e la Fondazione Santa Clelia Barbieri di Alto Reno Teme (BO), le quali si sono recentemente coordinate attorno al Movimento “Prima la comunità” e hanno promosso un appello dal titolo assai evocativo e significativo (“*Ripartire dalle Case della Salute per rilanciare il welfare di comunità*”); su questa esperienza v. le considerazioni di A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in questa *Rivista*, pp. 393 e ss.

in isolamento, un'interessante sperimentazione, coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni⁵⁴, di "strutture di prossimità" ispirate "al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro".

Si tratta, come giustamente è stato sottolineato⁵⁵, di un intervento legislativo che (includendo anche quanto la stessa legge n. 77/2020 innova in tema di politiche sociali, art. 89, comma 2-*bis*, e in ordine al consolidamento di formule organizzative introdotte in via emergenziale come le unità speciali di continuità assistenziale, art. 1, commi 6 e 7)⁵⁶ riprende il percorso attuativo della già menzionata riforma della medicina territoriale introdotta dal d.l. n. 158/2012 e lo connette con l'individuazione dei livelli essenziali del settore sociale in base alla l. n. 328/2000 e al d.lgs. n. 68/2011.

La sperimentazione prevista dal comma 4-*bis* potrebbe allora costituire la tanto attesa svolta, al fine di declinare l'integrazione socio-sanitaria a partire non da generosi, ma sinora inconcludenti tavoli di concertazione inter-istituzionale, bensì da un vissuto articolato di esperienze⁵⁷ sulla cui base individuare quella standardizzazione delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione che abbiamo visto essere il nodo principale delle difficoltà sinora incontrate.

9. La quarta cosa da fare è forse la più scontata, perché non c'è scritto, scientifico o parascientifico, in campo sanitario che non sottolinei la sfida dell'innovazione quale banco di prova della sanità del futuro⁵⁸, si tratti di de-ospedalizzare la sanità, o di accelerare l'integrazione ospedale-territorio, o di potenziare la prevenzione secondaria, o di rendere "sostenibile" l'impatto dei farmaci innovativi o delle nuove tecnologie chirurgiche robotizzate. Scontata, ma non senza problemi. C'è infatti, intrinseca alla *e-health* o sanità digitale (locuzione con la quale in questa sede riassumiamo, consapevoli della riduzione della portata semantica, ma anche della circostanza che siamo nel nucleo duro, la problematica dell'innovazione in sanità), una contraddizione o, se si preferisce, un fascio di contraddizioni delle quali non sempre la dottrina mostra adeguata consapevolezza.

⁵⁴ La previsione dell'intesa conferma il nesso tra tale sperimentazione e la logica istituzionale che presiede all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Quanto al finanziamento di tale sperimentazione si veda il comma 11 dell'art. 1 (25 milioni per ciascun anno del biennio 2020-2021), che prevede altresì che "le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti".

⁵⁵ A. BANCHERO, *I livelli essenziali*, cit., pp. 399 e ss.

⁵⁶ "La cui necessità confessava, peraltro, l'attuazione del tutto insufficiente che, fino ad oggi, è stata fatta della riforma dell'assistenza primaria di cui all'art. 1 del d.l. 158/2012": così A. BANCHERO, *op. cit.*, p. 398.

⁵⁷ Il menzionato art. 1, comma 11 prevede altresì che "le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti".

⁵⁸ Un quadro di sintesi in C. BOTTARI, *Profili innovativi del sistema sanitario*, Torino, Giappichelli, 2018, spec. pp. 287 ss.

La prima contraddizione ha carattere generale e ha a che fare con il fenomeno che da qualche anno, nelle riflessioni sull'intelligenza artificiale, viene chiamato delle c.d. *black box*, cioè la difficoltà di controllare e tracciare i passaggi che portano, da milioni di input, a un determinato output o, detto in altri termini, a comprendere, anche da parte degli autori dei programmi di i.a., come gli algoritmi più avanzati elaborino le informazioni e giungano a un certo risultato. Ma come conciliare tale difetto di trasparenza con la premessa per cui l'avvento del digitale significherebbe maggiore *accountability*⁵⁹? Soprattutto in presenza di epidemie e pandemie, la trasparenza di ciò che costituisce la base delle decisioni pubbliche è un elemento importante. E non possiamo accontentarci della considerazione secondo cui anche gli output della mente umana non sono esattamente sempre ricostruibili e anch'essa è una sorta di scatola nera, dunque non vi sarebbe una così grande differenza. Possiamo infatti ammettere, in molti casi difficili, la necessità di cautele più grandi prima di passare alla decisione e l'opportunità di mettere nel conto una qualche variabilità in presenza di contesti nei quali etica, diritto e scienze dure si intrecciano strettamente, ma, anche nelle situazioni più complesse, è sempre possibile chiedere all'agente di ripercorrere il ragionamento logico-giuridico e logico-sperimentale che lo ha condotto a quella decisione, e di chiamarlo a consapevole responsabilità: siamo sicuri che lo stesso valga nei confronti della macchina? Una seconda contraddizione è specifica del campo sanitario: certo, il medico-robot elabora informazioni più velocemente e dunque è più rapido nella diagnosi e nella conseguente terapia, e per giunta non si stanca mai (e, almeno per ora, non fa rivendicazioni normative ed economiche ...), ma – al di là e oltre i pur rilevanti problemi della responsabilità sanitaria⁶⁰ – come la mettiamo con il principio, riaffermatosi negli ultimi decenni, della medicina dialogica e umanizzata, incentrata sull'alleanza terapeutica⁶¹ e con la tendenza, ormai pervasiva e rafforzata dalla vicenda CoVid-19, verso una medicina sempre più predittiva e personalizzata⁶²? È molto difficile pensare a una medicina personalizzata affidata a una macchina spersonalizzante ...

Sanità digitale non può significare allora sanità spersonalizzata, e di ciò ogni ragionamento sull'innovazione sanitaria deve essere consapevole. Del pari, non può significare nemmeno sanità pan-medicalizzata: ciò sarebbe in contrasto con la tendenza, sopra già accennata, a procedere verso l'integrazione socio-sanitaria, che esclude a priori ogni ritorno alla un tempo paventata sanitarizzazione del sociale.

⁵⁹ V., sul punto, C. CASONATO, *Costituzione e Intelligenza Artificiale: un'agenda per il prossimo futuro*, in *L'Arco di Giano*, n. 103, primavera 2020, a cura di M. Garavaglia e S. Franco, pp. 20 ss., anche per considerazioni circa vantaggi e svantaggi dell'applicazione dell'i.a. in campo sanitario.

⁶⁰ Su cui v. C. IAGNEMMA, *I 'robot medici': profili problematici in tema di alleanza terapeutica e di responsabilità penale*, in questa *Rivista*, pp. 443 ss.

⁶¹ V. in proposito qualche spunto nel mio *L'alleanza terapeutica può includere l'aiuto a morire?*, in questa *Rivista*, n. 1-2019, pp. 179 ss.

⁶² In proposito, rinvio al mio *La medicina oltre la cura*, cit.

10. Infine, ma mai come in questo caso *not least*, una cosa da fare è quella di riconnettere sanità e cittadinanza, sanità e vitalità democratica.

Il legame tra diritto alla salute e cittadinanza, nel senso che esso costituisce una delle principali occasioni di estrinsecazione e qualificazione della cittadinanza, è stato da tempo chiarito⁶³. Meno richiamato, ma ugualmente consolidato, è il percorso inverso: la cittadinanza implica, all'interno del fascio di diritti e doveri che la connotano, il diritto alla tutela della salute, ma quest'ultimo (per le ragioni di "integrazione" già prima esaminate) non può essere inteso restrittivamente come mera pretesa a prestazioni di assistenza sanitaria, ma richiede "cittadinanza", cioè un contesto sociale e ambientale che favorisca l'effettività di nozioni altrimenti evanescenti, quando non ipocrite, come "presa in carico", "continuità assistenziale", "sanità di prossimità".

Da queste premesse consegue l'inaccettabilità che le questioni concernenti la salute siano demandate esclusivamente alla competenza tecnico-scientifica e ai decisori politico-amministrativi, non soltanto per una ragione "interna" al sistema dell'assistenza sanitaria (senza il coinvolgimento motivato e operoso dell'interessato gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione perdono drasticamente efficacia, soprattutto nella cosiddetta "società del rischio"⁶⁴), ma altresì per una ragione, per dir così, "esterna", e cioè che il diritto fondamentale alla tutela della salute è strettamente correlato all'interesse della collettività, di modo che le decisioni che concernono il primo hanno effetti sul secondo e viceversa. Questa semplice affermazione, la cui intuitiva plausibilità ha trovato, in questo tempo di pandemia, più di una conferma, implica la necessità di individuare, accanto alle forme, per dir così, tradizionali della vita democratica di una collettività organizzata, forme ulteriori che consentano una pienezza di esercizio della cittadinanza in relazione a un bene della vita così delicato e importante: ecco perché sembra indispensabile interrogarsi se non valga la pena di investire attenzioni e risorse per portare di più in campo sanitario esperienze di democrazia deliberativa, cioè esperienze che possano permettere di legare maggiormente cittadinanza e tutela della salute, consentendo a quanti vogliono parteciparvi di interiorizzare maggiormente, supportati da idonee competenze tecnico-scientifiche, le tematiche relative (compresa la loro complessità) e di mettere a disposizione dei decisori politico-amministrativi i prodotti di queste esperienze⁶⁵. Esperienze antitetiche rispetto alla tendenza a delegare a un capo, o a un partito o movimento politico, l'intera responsabilità di indirizzare le scelte indispensabili per la vita collettiva.

⁶³ V., per tutti, R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, cit., pp. 43 ss.

⁶⁴ U. BECK, *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne* (1986), trad. it. *La società del rischio*, Bari, Carocci, 2000.

⁶⁵ Sui percorsi di democrazia deliberativa, riferiti anche a tematiche di salute, v. G. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Effettività del principio democratico e democrazia deliberativa: il percorso di istituzionalizzazione di una sperimentazione locale*, in *Il politico*, n. 1-2017, pp. 78 ss.

L'esperienza della pandemia apporta poi ragioni ulteriori nel senso dell'importanza di un legame più stretto tra democraticità dell'ordinamento e tutela della salute, sotto almeno due profili principali.

Sotto un primo profilo, e a differenza di quanto in un primo momento alcuni commentatori, non sempre disinteressati, abbiano teso a sostenere e a fare percepire dall'opinione pubblica, sono proprio gli ordinamenti autoritari, e altresì quelli cosiddetti "illiberali"⁶⁶, a presentare non soltanto profili problematici quanto ai rischi che Stati nei quali l'informazione e la magistratura sono addomesticate possono generare per tutti gli altri Paesi, ma altresì quanto all'efficacia e all'efficienza delle misure adottate per contrastare il contagio, posto che, appunto, è dalla motivazione e dalla consapevolezza, più ancora che dalla coercizione, che scaturiscono comportamenti virtuosi nell'interesse, appunto, del singolo e della collettività⁶⁷.

Sotto un secondo profilo, la strada del potenziamento della "democrazia sanitaria" permette anche di trovare un equilibrio tra un *sentiment* ispirato da una globalizzazione ingenua, da un lato, e da un isolazionismo altrettanto ingenuo ancorché arrogante, dall'altro⁶⁸. I problemi dei prossimi mesi (vaccini: quali, quanti, con quali criteri di priorità e di appropriatezza; il riequilibrio con le altre patologie: come assicurare la vigilanza e la prevenzione rispetto a possibili riprese pandemiche acute senza impoverire) sono tutti problemi non risolvibili da parte di un solo Paese (e ciò basterebbe a rendere risibile la pretesa di risolverli da parte di una singola regione ...), e neppure da parte di organizzazioni "regionali", in quanto richiedono decisioni globali. Diventa perciò essenziale trovare quell'equilibrio tra un (impossibile, ma percepito come responsabilizzante) sovranismo/populismo sanitario e un (irenico, ma fondato su presupposti autoevidenti) cosmopolitismo sanitario. Una maggiore consapevolezza, aiutata dal moltiplicarsi di arene deliberative, porterebbe a una maggiore responsabilizzazione senza cadere nell'impraticabilità delle soluzioni che predichino un'autarchica lotta al contagio che finirebbe per sfociare, senza neppure necessità di troppi mascheramenti, in un avvittamento autocratico se non dittatoriale.

11. Il necessario allargamento di prospettiva che la pandemia comporta non significa tuttavia distogliere lo sguardo da alcuni dei cronici problemi del nostro Ssn (eccessive disuguaglianze territoriali, liste di attesa). Quanto le cose da non fare e quelle da fare possano aiutare al loro superamento, non sta all'estensore di queste note poterlo prevedere.

⁶⁶ Per la nozione si v. A. D'ATENA, *Sul cortocircuito tra democrazia illiberale ed Internet*, in *Lo Stato*, n. 13 (2019), pp. 261 ss.

⁶⁷ Per la conferma, sotto un profilo particolare, delle difficoltà complessive che possono sorgere a partire da situazioni non democratiche si v. A. INDELICATO, *La sperimentazione animale e i metodi alternativi: dalla normativa alla giurisprudenza comparata Italia-Cina*, in questa *Rivista*, spec. pp. 482 ss.

⁶⁸ Il punto è lucidamente colto da M. MAGATTI, *Il Covid-19 e i guai della globalizzazione*, in *Vita e Pensiero*, n. 3-2020, p. 26, il quale (p. 28) aggiunge: "La vera sfida che dobbiamo evitare è che la crisi sanitaria diventi crisi economica; che la crisi economica diventi crisi sociale; e che la crisi sociale diventi crisi politica".

Piuttosto v'è da dire che questi problemi, lungi dall'essere una peculiarità dell'oggi, stanno all'origine della scelta di un Servizio sanitario nazionale, proprio in reazione all'iniquità e allo stravolgimento del rapporto tra pubblico e privato che caratterizzava il sistema mutualistico previgente⁶⁹, e che pertanto la loro soluzione deve stare dentro alla, e non fuori dalla, traiettoria del Ssn.

Per fare ciò, servono gli sforzi di tutti: scienziati, politici, amministratori, cittadini singoli e associati, università: e anche della nostra rivista, e dei ricercatori che la fanno vivere. Unire la cultura del progetto con la cultura del comportamento non è soltanto un carattere del buon politico (come amava dire Pietro Scoppola), ma potrebbe essere riferito anche a ogni tipo di amministratore, cioè di soggetto chiamato a gestire e a fare funzionare una branca di attività o un servizio nell'interesse della collettività. Non è soltanto un problema etico di coerenza, è un problema culturale che attiene all'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale. Affinché al (necessario, e sperabilmente compreso e fatto proprio dal più gran numero possibile di persone)⁷⁰ distanziamento fisico non corrisponda mai un distanziamento morale e sociale.

⁶⁹ Per tutti v. F. TARONI, *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, con presentazione di R. Balduzzi, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2019, pp. 34 ss.

⁷⁰ Sulla necessità di un'interiorizzazione della norma recentemente è stato opportunamente richiamato (da P. DE SIMONE, *A un metro di distanza*, in *Dialoghi*, n. 2-2020, p. 7) l'insegnamento di A. RIGOBELLO, *La persona come condizione ermeneutica della norma*, L'Aquila, Japadre, 1982, p. 318.