

Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*

Lorenzo Chieffi**

SOMMARIO: 1. Premessa: i molteplici volti della disuguaglianza. – 2. I persistenti divari tra Nord e Sud del paese nell'erogazione dei servizi sanitari. – 3. Le iniziative europee per il superamento dei divari tra gli Stati e, al loro interno, tra i diversi territori. – 4. L'implementazione, da parte dell'Italia, delle politiche europee di sostegno attraverso il PNRR. – 5. Conclusioni. L'equilibrio tra i territori come preconditione per il rafforzamento delle autonomie regionali.

1. Premessa: i molteplici volti della disuguaglianza

La crisi pandemica, da cui sono pure derivate gravi conseguenze di tipo economico, ha rappresentato l'amplificatore delle disuguaglianze già ricorrenti in passato tra gli Stati e, al loro interno, tra distinti gruppi sociali, anche con riguardo all'accesso ai servizi sanitari. Le evidenti difficoltà incontrate, nella prima ondata della epidemia da Covid-19, per fronteggiare la sua rapida circolazione, in modo da prevenirne la diffusione e porre rimedio ai danni arrecati alla salute umana, avevano ulteriormente confermato i ritardi della maggior

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende e amplia i contenuti della relazione svolta al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario "Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE", Milano, 5-6 novembre 2021.

** Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università della Campania "Luigi Vanvitelli", lorenzo.chieffi@unicampania.it.

parte dei sistemi sanitari nazionali dimostratisi, anche in occasione dei successivi picchi del contagio, non sempre capaci di assicurare accettabili livelli di assistenza.

L'emergenza sanitaria ha destato maggiore allarme soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, appartenenti all'Africa subsahariana e all'Asia meridionale, privi di un'adeguata rete di protezione sociale e nei quali, secondo i dati dell'OMS, veniva registrata una sensibile riduzione delle speranze di vita alla nascita e in buona salute¹.

Le carenze organizzative e strutturali riscontrate in queste aree più disagiate del pianeta hanno pure condizionato lo stesso approvvigionamento dei vaccini provocando effetti discriminatori rispetto agli Stati che avevano già intrapreso una rapida campagna di immunizzazione delle rispettive popolazioni, grazie al possesso di brevetti o alle maggiori capacità economiche per accedere all'acquisto di questi rimedi. A due anni dall'inizio della circolazione del coronavirus, e a più di un anno dalle prime somministrazioni di questo farmaco, si registra una profonda distanza tra Stati, dell'Europa occidentale, del continente americano, appartenenti al Medio oriente o ad una parte dell'Asia (come la Cina, la Corea del Sud e il Giappone)², ove si è raggiunto una elevata percentuale di immunizzazione, e la gran parte di quelli africani e dell'Europa dell'est, ove tale copertura è assai limitata³. Da qui la recente decisione assunta in occasione della riunione del G20, svoltasi a Roma il 29 e 30 ottobre 2021, di mettere in atto tutte le misure necessarie per ridurre le disegualianze fra Paesi ad alto e basso reddito nella disponibilità e nella distribuzione dei vaccini.

Nonostante una maggiore efficienza dei sistemi sanitari occidentali, che ha certamente consentito l'avvio e realizzazione di una tempestiva campagna vaccinale, evidente è stata tuttavia la difficoltà con cui gli stessi sono riusciti a fronteggiare gli effetti pregiudizievoli

¹ I dati riportati all'indirizzo <https://www.indexmundi.com/> in data 28 gennaio 2022, elaborati utilizzando i fattori che sono in grado di condizionare la durata della esistenza di un individuo (quali il grado di povertà, il livello di istruzione, l'accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici, ecc.), evidenziano la distanza tra le popolazioni dei Paesi occidentali benestanti (come, ad esempio, il Giappone la cui media di vita alla nascita è di 86,02 anni, il Canada di 83,43 anni, Israele 82,96, l'Italia 82,51, la Francia 82,19) e quelli in via di sviluppo (come, ad esempio, il Congo che mostra una media di 61,27, il Niger 59,3, il Sudan del Sud 55,54, la Somalia 53,95, l'Afghanistan, addirittura, 52,84). Anche con riguardo alla condizione minorile, risulta (all'indirizzo <https://www.unicef.it/>, aggiornato al 18 settembre 2018) che «a livello globale, nel 2017, la metà dei decessi prima dei 5 anni si sono verificati nell'Africa Subsahariana e un altro 30% in Asia Meridionale. In Africa un bambino su 13 muore prima del suo quinto compleanno. Nei Paesi ad alto reddito, questo numero è pari a 1 su 185».

² Dalle statistiche riportate in data 7 gennaio 2022 all'indirizzo <https://lab24.ilsole24ore.com/vaccinazioni-mondo/>, i Paesi che hanno raggiunto un maggior livello di immunizzazione sono, per l'Europa: il Portogallo con il 90,62% della popolazione, la Spagna con l'85,75%, l'Italia con l'82,64%, la Francia con il 78,87% e la Germania con il 74,02%; per l'America del Nord, il Canada con l'84,11% e gli U.S.A. con il 74,41%; per l'Asia, la Corea del Sud con l'86,52%.

³ Solo per fare alcuni esempi dei ritardi registrati nel continente africano, risulta (all'indirizzo <https://lab24.ilsole24ore.com/vaccinazioni-mondo/>, consultato in data 7 gennaio 2022) che abbiano ricevuto almeno una dose di vaccino solo l'8,9% della popolazione del Sudan, l'1,6% del Ciad, il 4,3% del Mali, il 7,8% del Senegal, il 7,9% dell'Etiopia, il 2% del Sudan del Sud. Per P. VINEIS e L. SAVARINO, *La salute nel mondo. Ambiente, Società, Pandemie*, Milano, 2021, p. 100, il «vaccino dovrebbe essere considerato un *bene comune* all'intera umanità». Una carente distribuzione di questo farmaco a livello globale oltre a chiamare in causa, per questi Autori, «evidenti problemi di giustizia, rischia di vanificare, in ragione delle varianti che in un prossimo futuro si potrebbero diffondere, tutti gli sforzi che hanno reso possibili le campagne vaccinali in questi mesi».

per la salute umana provocati dalla veloce circolazione della epidemia. E questo per una serie di fattori, di tipo economico ed organizzativo, che hanno in passato concorso al loro indebolimento.

Questi sistemi di *welfare* sanitario, sottoposti negli anni ad un progressivo definanziamento, a causa della riduzione del *budget* loro destinati, non si sono invero dimostrati pronti, sin dalla prima fase della diffusione del virus, a offrire tempestive risposte alla richiesta di assistenza in grado di prevenire e porre rimedio alle gravi patologie che ne sono poi derivate. L'assenza di un numero sufficiente di posti letto per terapie intensive ha pure comportato, a seguito della conversione dei reparti per la cura di malati Covid, ad una contrazione dell'assistenza destinata ad altre categorie di pazienti affetti da differenti infermità, con gravi danni per la loro salute. Il blocco delle attività di elezione e di quelle specialistiche ambulatoriali è stato la causa dell'aumento delle diseguaglianze tra quanti erano in grado di porre rimedio a tale disservizio, avvalendosi autonomamente della sanità privata, e coloro, che a causa di incapienza economica, erano invece costretti a rinunciare alle cure.

Il contenimento della spesa pubblica riservata a questo servizio pubblico essenziale, a seguito della crisi economica mondiale del 2008, cui avevano fatto seguito misure restrittive imposte dall'UE – comprensive del Patto di stabilità e del divieto di disavanzi pubblici eccessivi (art. 126 TFUE) –, nel costringere gli Stati membri a procedere al contenimento degli impegni finanziari, e conseguente riduzione degli investimenti per i diritti sociali, aveva pure rappresentato un freno al perseguimento dell'obiettivo dell'incremento della spesa sanitaria in grado di soddisfare la domanda proveniente dalle categorie più fragili per un maggiore disagio economico o anche per un minore livello di istruzione. Secondo dati ISTAT⁴ risulta, ad esempio, che indipendentemente dal luogo di residenza, appartenente al Nord o allo stesso Sud dell'Italia, gli individui dotati di un insufficiente bagaglio culturale hanno una minore possibilità di sopravvivenza, «a dimostrazione che la povertà individuale di risorse e competenze – di cui il basso titolo di studio è un indicatore – compromette la salute» a prescindere dalla provenienza geografica dell'individuo.

E così, a riprova delle distanze dei livelli di assistenza, persistenti all'interno di un medesimo Paese, nel riprendere un'efficace rappresentazione geografica basata su studi longitudinali si rilevava, già prima della attuale crisi sanitaria, come nel viaggio in metro da est di Londra (*East End*), ove sono presenti quartieri di maggiore povertà e ad altro tasso di criminalità, verso la fermata di Westminster, transitando quindi in zone di maggiore benessere, ogni fermata comportasse una riduzione di un anno di aspettative di vita⁵. Con

⁴ Riportati dal Ministero della Salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, 2017, reperibile all'indirizzo <https://www.inmp.it/>, p. 8.

⁵ *Giornata Mondiale della Salute: più accesso in equità, per un mondo più sano e la rilevanza dei determinanti sociali*, 7 Aprile 2021, all'indirizzo <https://www.bioeticanews.it/>. E così, nel riprendere i dati forniti dall'OMS WHD, 2021, *It's to build a faires and Healthier word for everyone, everywhere*, emerge che, all'interno di un unico Stato, «i bambini delle

riguardo alla città di Roma, è stato documentato come le aree di residenza a basso reddito evidenziassero, rispetto a quelle più benestanti, maggiori tassi «di mortalità (36%) al di fuori degli ospedali e il 40% in più di malattie coronariche»⁶. A Torino, invece, il semplice attraversamento della città, dalla zona collinare, della ricca borghesia, a quella operaia nel nord/ovest, con redditi inferiori, mostrerebbe, secondo questo tipo di rilevazione, una riduzione dell'aspettativa di vita di sei mesi per ogni chilometro⁷.

In altra direzione, in grado di esprimere un differente volto della disegualianza, che ha invece riguardo alle condizioni socio-economiche dei distinti territori di uno Stato, ulteriore divario degli standard di assistenza continua invece a permanere in Italia tra la parte settentrionale e quella situata nel suo Mezzogiorno. In questa area più disagiata del territorio nazionale sono ancora presenti *fattori di contesto* – dai minori livelli di istruzione, ad una maggiore presenza di disoccupati, alla perdurante carenza di un adeguato patrimonio infrastrutturale – che impediscono di soddisfare le legittime aspettative sociali manifestate dalla parte più bisognosa della popolazione⁸. Questa distanza, le cui origini sono risalenti nel tempo e che risulta ulteriormente aggravata negli ultimi anni, ha certamente rappresentato motivo di evidente pregiudizio per l'affermazione della coesione sociale di chiara derivazione costituzionale⁹.

La necessaria riduzione dei finanziamenti destinati in Italia ai servizi del *welfare* sanitario, che erano passati dal 7,1 del PIL del 2010 al 6,6 del 2018¹⁰, a seguito delle misure restrittive imposte dall'UE, nel costringere l'Italia, alla pari di altri Stati membri, a procedere ad una contrazione degli investimenti per i diritti sociali¹¹, ha rappresentato un ulteriore freno al perseguimento dell'obiettivo dello sviluppo delle aree maggiormente in ritardo.

Si aggiunga poi, come ulteriore causa di questo disimpegno di tipo sociale, che ha invece interessato ogni parte del territorio nazionale, il progressivo declino in Italia del modello

famiglie più povere hanno una probabilità di morire due volte maggiore prima dei 5 anni rispetto a quelli delle famiglie più ricche e il 20% dei bambini più poveri possono andare incontro a esperienze di problemi mentali severi quattro volte di più del 20% dei più ricchi».

⁶ S. GARATTINI, *Il futuro della nostra salute*, Milano, 2021, p. 52.

⁷ Ministero della Salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, cit., p. 8.

⁸ Ministero della Salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, cit., p. 12.

⁹ Che esige, a norma dell'art. 3, 2° comma della Costituzione, la rimozione da parte della Repubblica degli «ostacoli di ordine economico e sociale che (...) impediscono il pieno sviluppo della persona umana».

¹⁰ Distante dall'impegno finanziario garantito da altri Paesi, come il Regno Unito (7,6%), la Francia (9,5%) e la Germania (9,6%). Per CittadinanzAttiva, *XII Rapporto PIT salute*, Abstract, novembre 2020, reperibile all'indirizzo <https://www.cittadinanzattiva.it>, «a partire dal 2007 c'è stato un de-finanziamento continuativo della spesa sanitaria con una flessione drammatica dopo il 2009: (...) la crescita dell'economia italiana tra il 2010 e il 2018 è stata in media dello 0,3% annuo, mentre la spesa sanitaria pubblica nello stesso periodo perdeva parallelamente peso rispetto al PIL e passava dal 7,1 del 2010 al 6,6 del 2018 (...). Nel periodo 2015-2018 il nostro Paese ha fatto registrare una crescita nominale del Pil del 2% e un incremento della spesa corrente dell'1,5%, mentre la spesa sanitaria è aumentata dell'1%».

¹¹ Per F.A. CANCELLA, *Servizi di welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, Milano, 2009, p. 54, l'equilibrio finanziario degli Stati membri è stato «di fatto etero-imposto, poiché il Patto di stabilità e crescita e le regole della politica monetaria hanno ridotto in modo notevole l'autonomia delle politiche di ciascun Paese».

di sanità pubblica, come delineato dalla legge n. 833/1978, ispirato a principi di *equità* e *universalismo*¹², a seguito di una progressiva aziendalizzazione del servizio (d.lgs n. 502/92, d.lgs. n. 517/93 e d.lgs. n. 229/93)¹³ improntata alle regole di *quasi mercato*¹⁴, cui ha fatto seguito, con la riforma del Titolo V, la successiva regionalizzazione dello stesso. Nel condizionare l'erogazione delle prestazioni al rispetto dell'efficienza, razionalizzazione della spesa e sostenibilità finanziaria¹⁵, che potrebbe indurre a trascurare gli effettivi stati di bisogno, questo nuovo modello di sanità, basato sui DRG (*Diagnosis Related Group*¹⁶), ha condotto nel corso degli anni al ridimensionamento del ruolo in passato svolto dal SSN, anche in considerazione di una sensibile diminuzione degli investimenti destinati a questo servizio pubblico essenziale¹⁷.

La forte influenza esercitata dalle politiche europee, dimostratesi in passato più attente ai valori del mercato e della concorrenza, e meno sensibili al superamento delle disegualianze¹⁸, nel consentire una maggiore apertura all'iniziativa privata accreditata ha inesorabilmente ridotto l'attenzione per interventi perequativi diretti a superare le distanze sociali e territoriali¹⁹.

Ne è derivata una difficile sintesi tra le ragioni del settore privato²⁰, che può selezionare la tipologia degli interventi da erogare, dovendo assicurare una maggiore produttività e

¹² Report Osservatorio Gimbe 1/2021, *Impatto della pandemia Covid-19 sull'erogazione delle prestazioni sanitarie*, p. 3, reperibile all'indirizzo <https://www.gimbe.org/>.

¹³ Nel respingere una «distorta connotazione dell'aziendalizzazione», una dottrina [R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2020, p. 343] mette tuttavia in evidenza proprio l'obiettivo perseguito dai decreti delegati, emanati nel corso degli anni '90, di porre un argine alle «derive "economicistiche"» al fine «di mantenere elevati i livelli dello Stato sociale in materia sanitaria e di salute, pure in presenza di allocazioni ridotte di risorse finanziarie».

¹⁴ In considerazione di una offerta dei servizi proveniente da soggetti pubblici e privati accreditati che in ogni caso dovranno mirare alla salvaguardia del preminente interesse pubblico. Per la dottrina cfr. C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, 2020, p. 26 ss.

¹⁵ R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3/2018, p. 469 in nota 16, definisce «dirompente, rispetto al modello universalistico, la 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)» che metteva «in radicale discussione l'universalità del sistema».

¹⁶ Che nell'attribuire un costo a tutte le prestazioni sanitarie rimborsate dalle Regioni presentano dei vantaggi e degli svantaggi in considerazione del fatto che «in molti casi il rimborso è in eccesso, mentre in altri è in difetto»: S. GARATTINI, *Il futuro della nostra salute*, cit., p. 160.

¹⁷ Cfr. P. MASALA, *I diritti fra lo Stato e Regioni sull'emergenza sanitaria, a venti anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale «ribilanciamento» occorre realizzare per una efficace garanzia dell'eguaglianza sostanziale?*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2021, p. 187. L'obiettivo perseguito dai decreti delegati n. 158/2012, convertito con modificazioni nella legge n. 189/2012, e n. 95/2012 (in particolare art. 15), cd. decreto sulla *spending review*, convertito con modificazioni nella legge n. 135/2012, è stato principalmente quello di ridurre le spese sanitarie al fine di contenere l'ingente debito pubblico.

¹⁸ G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, Roma-Bari, 2021, p. XIV.

¹⁹ G. VIESTI, *op. ult. cit.*, p. XXX.

²⁰ Che è stato parificato, attraverso la procedura di accreditamento, agli erogatori pubblici coerentemente alle regole della piena concorrenza e del libero mercato posti a garanzia della libera scelta da parte dell'utente. Si tratta di un modello che, nelle sue interpretazioni più spinte (a cominciare da quella adottata nella Regione Lombardia), ha condotto ad

remunerazione del servizio, e gli altrettanto fondamentali obiettivi di equità che esigerebbero una forte presenza del settore pubblico tenuto a dare seguito ad ogni richiesta di assistenza, anche la più impegnativa, pur se economicamente meno vantaggiosa²¹.

Ad una progressiva riduzione degli investimenti pubblici per la salute ha, quindi, fatto seguito l'aumento della spesa sanitaria a carico del cittadino (*out of pocket*) che ha costretto una parte della popolazione dotata di minore potere d'acquisto, valutata intorno al 7,9% e maggiormente concentrata nelle Regioni meridionali, a dover rinunciare ad alcune cure in considerazione di una ridotta disponibilità economica²², con l'effetto di determinare, in questa parte del territorio nazionale, una concentrazione del «bisogno non soddisfatto»²³. Da un rapporto di *CittadinanzAttiva* risulta che la difficoltà per le fasce più disagiate della popolazione ad accedere ai servizi sanitari precede la stessa crisi pandemica, rappresentando un *trend* che senza «soluzione di continuità» è stato a lungo rimandato e mai risolto. Nonostante la complessiva tenuta della nostra sanità pubblica, tra i fattori che hanno concorso a questo declino dei livelli di assistenza sanitaria nel Sud, accanto ad una inadeguata *governance* locale vengono richiamati una insufficiente dotazione infrastrutturale e una difficoltosa programmazione della spesa, causa di forti ritardi nell'impiego degli stessi fondi europei²⁴.

Per il Comitato Nazionale per la Bioetica²⁵ il mancato raggiungimento, in ogni parte della nazione, di livelli ottimali di assistenza sanitaria, con riguardo alla «qualità delle cure», dovrebbe indurre il governo della sanità a privilegiare la realizzazione di «misure pratiche atte a ridurre le “diseguaglianze inique”» attraverso lo sviluppo di politiche che consentano di migliorare i cd. *determinanti sociali* della salute e la costruzione di *welfare* inclusivi in termini di diritti. Un'equa allocazione delle risorse, certamente non «illimitate»²⁶, dovrebbe favorire, per l'organo di consulenza di Governo e Parlamento²⁷, un rafforzamento

affidare fino al 40% del servizio sanitario a strutture private accreditate: cfr. T. BOERI, S. RIZZO, *Riprendiamoci lo Stato. Come l'Italia può ripartire*, Milano, 2020, p. 53.

²¹ Cfr. E. NICOLINI, *Il Sistema Sanitario Nazionale. Perché non possiamo farne a meno*, Torino, 2021, p. 152.

²² CittadinanzAttiva, *XXII Rapporto Pit salute, Abstract*, cit. Confermano questo *trend* negativo i dati riportati dal XVII Rapporto Sanità del Crea (Centro di ricerca Economia Applicata in Sanità), *Il futuro del SSN: visioni tecnocratiche e aspettative della popolazione*, a cura di F. Spandonaro, D. D'Angelo e P. Polistena, Roma, 2021, p. 178, reperibile all'indirizzo www.quotidianosanita.it, da cui emerge che «nell'ultimo quinquennio si registra una crescita dell'impoverimento per spese sanitarie» a danno soprattutto delle famiglie residenti nel Mezzogiorno. In particolare (p. 182) Campania e Calabria risultano le Regioni «con maggiore incidenza di famiglie che sperimentano un disagio economico dovuto a consumi sanitari: rispettivamente il 10,7% ed il 9,2% delle famiglie».

²³ I. SICILIANI, *L'accesso ai servizi sanitari in Italia: difficoltà e strane preferenze*, in *il Menabò di Etica ed Economia*, n. 2, dicembre 2019.

²⁴ CittadinanzAttiva, *XXII Rapporto Pit salute, Abstract*, cit.

²⁵ Parere su *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, maggio 2001, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it/>.

²⁶ Abstract del Parere su *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, maggio 2001, all'indirizzo <https://bioetica.governo.it/>.

²⁷ A quel tempo presieduto da Giovanni Berlinguer (*Bioetica quotidiana*, Firenze, 2000, p. VII) molto attento agli sviluppi della cd. bioetica *quotidiana* o *pratica*, ritenuta più vicina «all'esperienza di tutte le persone e di ogni giorno», in modo da riflettere su «ciò che accade ai più».

dell'«assistenza sanitaria di base a tutta la popolazione», così da privilegiare una interpretazione della «vita umana non come variabile secondaria del sistema economico, ma come valore intrinseco e come una condizione per l'espressione delle libertà»²⁸.

Tale intervento non potrebbe prescindere da quegli investimenti che consentano di migliorare le condizioni dei lavoratori, la salvaguardia dell'infanzia, lo sviluppo dell'istruzione, del reddito e dei sistemi di protezione socio/assistenziale, della sicurezza alimentare, dell'accesso ai servizi sanitari essenziali, della stessa inclusione sociale, in attuazione degli Obiettivi per lo sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals-SOGS*) individuati dalle Nazioni Unite nel mese di settembre del 2015 (in particolare l'Obiettivo 3²⁹ che si propone di «Garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età»).

2. I persistenti divari tra Nord e Sud del paese nell'erogazione dei servizi sanitari

La recente, e tuttora perdurante, crisi sanitaria ha ulteriormente confermato la fragilità e debolezza strutturale, qualitativa e quantitativa, degli apparati preposti, soprattutto nel Mezzogiorno, alla erogazione dei servizi pubblici essenziali tale da caratterizzare «negativamente le condizioni di vita»³⁰. Proprio l'inadeguatezza dei posti letto, dedicati nelle Regioni meridionali alle terapie intensive, aveva condotto, nella prima fase della crisi epidemiologica, ad anticipare in questa parte del territorio, le misure restrittive di *lockdown*, anche se non giustificate dal numero dei soggetti contagiati, di gran lunga inferiore rispetto al Nord, a riprova della fragilità dei loro sistemi sanitari.

L'aumento degli indici che misurano la povertà assoluta, già deteriorati a seguito della grave crisi economica mondiale del 2008, ha ulteriormente inasprito una già precaria condizione in cui versava il Sud d'Italia, con l'effetto, secondo i dati SVIMEZ³¹, di amplificare

²⁸ Parere su *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, maggio 2001, cit., che riprende un indirizzo chiaramente espresso dallo stesso giudice costituzionale in alcune pronunce (cfr. sent. n. 309 del 1999 e n. 203/2016) nella parte in cui precisa come «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute», ovvero (sent. n. 275/2016) che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

²⁹ Reperibile all'indirizzo <https://www.eda.admin.ch/>. In particolare, l'obiettivo 3.8 auspica il raggiungimento di una «copertura sanitaria universale, compresa la protezione da rischi finanziari, l'accesso ai servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità e l'accesso sicuro, efficace, di qualità a prezzi accessibili a medicinali di base e vaccini per tutti».

³⁰ G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. XXVIII. Per P. MASALA, *I diritti fra lo Stato e Regioni sull'emergenza sanitaria, a venti anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale «ribilanciamento» occorre realizzare per una efficace garanzia dell'eguaglianza sostanziale?*, cit., p. 186, «l'impatto complessivo della pandemia, in termini di contagi e di decessi, è stato particolarmente doloroso perché – come è stato – essa si è abbattuta su una «sanità» impoverita».

³¹ SVIMEZ, *Anticipazione Rapporto Svimez 2021 sull'Economia e la Società nel Mezzogiorno, Nord e Sud: uniti nella crisi e divisi nella ripartenza*, Roma, 29 luglio 2021, p. 3, reperibile all'indirizzo <http://lnx.svimez.info>.

le «diseguaglianze territoriali che altro non sono che lo specchio dei divari sociali già in crescita in tutto il Paese prima della pandemia»³². I ritardi con cui gli organi di governo centrale e degli stessi enti territoriali hanno impiegato le considerevoli risorse destinate alla parte più disagiata del territorio nazionale, non consentendone il necessario sviluppo, avrebbero pure rappresentato, nelle parole recentemente espresse, rivolgendosi ai giovani, dal Presidente del Consiglio dei Ministri Mario Draghi un «ostacolo» alla loro libertà e «una tassa» sul loro «futuro»³³.

Ne è derivato un sensibile peggioramento degli standard di assistenza, confermando, ancora una volta, i dati OCSE con riguardo agli indicatori di salute della popolazione italiana che da tempo evidenziavano disparità tra le Regioni³⁴. L'assenza di un numero sufficiente di presidi sanitari, adeguatamente attrezzati per fronteggiare l'epidemia nei territori più disagiati, riduci peraltro da consistenti tagli della spesa in presenza di un deficit superiore al 7% (in seguito ridotto al 5%), cui si aggiungeva l'aumento della quota di compartecipazione richiesta ai cittadini e delle aliquote delle imposte³⁵, le più alte in Italia³⁶, aveva certamente penalizzato questa parte del territorio nazionale.

La progressiva riduzione dei posti letto – inferiori, secondo i dati elaborati dalla Banca d'Italia³⁷, del 40% rispetto a quanto garantito nelle Regioni centro/settentrionali –, aggravata

³² G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. 299. Per questo Autore (G. VIESTI, *Gli investimenti pubblici nella sanità italiana 2000-2017: una forte riduzione con crescenti disparità territoriali*, in *il Menabò di Etica ed Economia*, 27 marzo 2020) la spesa per investimenti pubblici in sanità negli ultimi 18 anni «è stata molto squilibrata territorialmente. Dei 47 miliardi totali, oltre 27,4 sono stati spesi nelle regioni del Nord, 11,5 in quelle del Centro e 10,5 nel Mezzogiorno; in particolare in quest'ultima area, che nella media del periodo pesa per il 35% della popolazione italiana, gli investimenti sono stati pari al 17,9% del totale. In termini pro-capite, a fronte di una spesa nazionale media annua di 44,4 euro, quella nel Nord-Est è pari a 76,7 (cioè di ben tre quarti più alta), mentre quella nelle Isole è pari a 36,3 euro e nel Sud continentale a 24,7: poco più della metà della media nazionale. Al Centro e al Nord-Ovest si è stati molto vicini alla media». Per E. GALLI DELLA LOGGIA e A. SCHIAVONE, *Una profezia per l'Italia. Ritorno al Sud*, Milano, 2020, p. 59, «l'abisso che separa i servizi sociali nelle regioni meridionali da quelli del resto del Paese e di quasi tutta l'Europa occidentale» è tale da «creare per milioni di italiani una specie di "cittadinanza differenziata" che diventa in molti casi un'autentica e intollerabile "cittadinanza limitata"».

³³ M. DRAGHI, intervista riportata in *Sud, il monito di Draghi*, quotidiano *il Mattino* di Napoli del 27 ottobre 2021.

³⁴ P. DE IOANNA, R. FANTOZZI, «*Vicoli ciechi*»: i tagli alla spesa e il diritto alla salute, in *il Menabò di Etica ed Economia*, 1 aprile 2015.

³⁵ G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. 303, a giudizio del quale la conseguenza è stata l'«aumento del prelievo fiscale sui cittadini del Sud (e del Lazio) che hanno pagato in misura significativa il risanamento finanziario del loro sistema sanitario».

³⁶ Cfr. I. SALES, *Al Sud più tasse e meno impiegati*, in quotidiano *La Repubblica* del 31 ottobre 2021, che rileva come «dal 1995 al 2015, le imposte locali sono aumentate più del 300% in Italia, passando da un gettito di 30 miliardi ai 103 degli ultimi anni; i maggiori aumenti sono a carico degli enti locali meridionali che partivano da tassazioni più basse o addirittura inesistenti». Per questo Autore, *Napoli, la posta in gioco*, in quotidiano *La Repubblica* del 4 novembre 2021, «la tassazione dei cittadini è arrivata a livelli insostenibili per i redditi familiari: Napoli è tra le prime cinque città con le aliquote più alte per i servizi (non)erogati».

³⁷ Banca d'Italia, *Eurosistema, Questioni di Economia e Finanza (occasional paper)*, *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, a cura di M. Bucci, E. Gennari, G. Ivaldi e L. Moller, Numero 635, luglio 2021, p. 18, che rileva come «la possibilità di accedere a posti letto si riduce a mano a mano che si procede verso le aree meridionali e verso le isole: l'indicatore è pari al 70 per cento della media per le province calabresi, al 50 per cento per quelle siciliane e al 20 per cento per quelle sarde».

dall'assenza di una adeguata rete dedicata all'assistenza domiciliare o a quella territoriale per anziani e disabili³⁸, anche per effetto del blocco del turnover per il personale sanitario³⁹, hanno rappresentato un ulteriore decisivo impedimento all'erogazione del servizio. Tra le ragioni di queste carenze, che partono da lontano, accanto ad una persistente inefficienza gestionale e amministrativa⁴⁰ mostrata da alcune Regioni meridionali, dimostrate sovente incapaci di impegnare responsabilmente le risorse a loro destinate, anche a causa di eccessivi condizionamenti a fini clientelari della classe politica e di una pervasiva presenza della criminalità organizzata⁴¹, altrettanto penalizzante è stata l'iniqua ripartizione del Fondo sanitario nazionale effettuata sulla base di criteri non sempre oggettivi.

Il maggior peso attribuito, tra i parametri impiegati, alla presenza di popolazione anziana (localizzata in maggioranza al Nord) rispetto ad altri indicatori, come il cd. *indice di deprivazione sociale* e la minore attesa di vita, ha certamente mortificato la parte meno sviluppata della nazione, proprio in considerazione del forte collegamento che permane fra povertà e accesso alle cure.

Lo stesso impiego del criterio della spesa storica, calcolata utilizzando la cd. *quota capitaria ponderata*, rivelatasi causa di sprechi, deresponsabilizzazione e iniquità di trattamento, ha accentuato gli squilibri e le distorsioni nell'assegnazione delle risorse tra i diversi territori⁴².

Ne è derivato un evidente sottodimensionamento della spesa pro capite in sanità riservata al Sud, certamente non giustificato da un presunto minor costo della vita⁴³, che si è venuto

³⁸ Osservatorio civico sul federalismo in sanità, *Rapporto 2018*, reperibile all'indirizzo <https://www.cittadinanzattiva.it>.

³⁹ Tale blocco è stato «più forte nel Sud continentale, dove i dipendenti pubblici sono diminuiti di un quinto» (G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. 296). Da uno studio della Banca d'Italia, richiamato da I. Sales, *Al Sud più tasse e meno impiegati*, cit., «nel decennio 2008/2018 i dipendenti pubblici locali sono diminuiti del 27% nel Sud, del 20% nel Centro e del 18% nel Nord. E a causa del blocco del turnover, nel Sud il personale con oltre 60 anni rappresenta ormai il 35% del totale». La penuria e scarsa professionalità dei dipendenti delle amministrazioni meridionali potrebbero, peraltro, costituire un grave freno all'impiego, nei tempi concordati con l'UE, dei fondi provenienti dal *Recovery Fund*.

⁴⁰ G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. XXXI. Pur concordando con quella dottrina (E. GALLI DELLA LOGGIA e A. SCHIAVONE, *Una profezia per l'Italia. Ritorno al Sud*, cit., p. 142, e p. 168) che ritiene indispensabile una rigenerazione del territorio meridionale ad opera delle stesse popolazioni del Sud, attraverso la maturazione di una effettiva «volontà di riscatto e di rinascita», non potrebbe tuttavia essere trascurato l'importante ruolo propulsivo che dovrà essere esercitato dallo Stato centrale per lo sviluppo di questa parte della nazione, comprensivo del potere sostitutivo (art. 120, 2° comma Cost.) delle Regioni inadempienti.

⁴¹ Che hanno condotto pure al commissariamento, in Campania e in Calabria, di alcune Aziende sanitarie locali. Secondo una dottrina (E. GALLI DELLA LOGGIA e A. SCHIAVONE, *op. ult. cit.*, p. 44 ss.), che riprende la nota tesi in precedenza elaborata dallo studioso americano R. D. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, con R. LEONARDI e R.Y. NANETTI, tr. it., Milano, 1993, p. 101, l'inefficienza delle amministrazioni meridionali deve essere imputata, in misura maggiore rispetto ad altre aree della nazione, alla presenza di uno strettissimo legame «tra malavita e corruzione politica, da una parte, e forme della mentalità collettiva e del senso comune, dall'altra», che rappresenterebbero la naturale conseguenza di una persistente «carezza (...) di un senso civico adeguato alle esigenze di un grande Paese».

⁴² Sul punto si rinvia a L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1/2020, p. 27 ss.

⁴³ G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. 299.

ad aggiungere alla mancata adozione dei LEP e dei LIVEAS, in numerosi settori dei servizi pubblici essenziali⁴⁴ diversi da quelli sanitari⁴⁵, e di una compiuta definizione dei costi e dei fabbisogni standard secondo quanto disposto dal d.lgs. n. 68/2011 attuativo della delega sul federalismo fiscale (legge n. 42/2009).

Della predetta inadeguatezza di numerosi servizi erogati nelle Regioni meridionali ne rappresentano inequivocabile testimonianza il preoccupante dato della emigrazione sanitaria verso presidi più attrezzati situati nel Centro/Nord che sono in grado di garantire una tempestiva risposta terapeutica, con conseguenze economiche, per le Regioni di provenienza dei pazienti, particolarmente gravose⁴⁶. Con riguardo al totale delle spese sostenute da tutti i sistemi sanitari regionali, il costo provocato dalla mobilità passiva è risultato, infatti, «pari al 15,1% del totale, quasi il doppio di quello del Centro-Nord (8,4%)»⁴⁷. Addirittura nella Regione Calabria questo impegno finanziario ha superato il 25% del totale delle spese destinate alla sua popolazione per l'assistenza sanitaria.

Nonostante la presenza nel Mezzogiorno di indiscutibili eccellenze professionali nelle diverse branche della medicina, gli inaccettabili tempi di attesa, accanto ad una diffusa inadeguatezza infrastrutturale, che condiziona gli stessi livelli di ospitalità nelle strutture sanitarie, hanno indotto l'utenza a rivolgersi a presidi assistenziali presenti in altre parti del territorio nazionale.

Da una recente ricerca, pubblicata nel 2021 sull'*Italian Journal of Pediatrics*, elaborata dalla Società Italiana di pediatria⁴⁸ che ha coinvolto i 7.871.887 bambini e ragazzi residenti in Italia nel 2019, di età inferiore a 15 anni, è emersa una accentuata emigrazione dei pazienti provenienti dal Mezzogiorno in altre Regioni per ricoveri di alta complessità (21,3%), così da far emergere, con effetti certamente discriminatori, la presenza di differenti diritti di cittadinanza, condizionati dal luogo di residenza dell'interessato⁴⁹.

⁴⁴ Per G. VIESTI, in *op. ult. cit.*, p. 308, «la mancata definizione dei LEP assume un significato politico molto importante perché il sistema di finanziamento è stato costruito senza l'architrave fondamentale, e cioè la definizione dei servizi che devono essere garantiti a tutti gli italiani e per fornire i quali regioni e enti locali devono disporre delle necessarie risorse».

⁴⁵ La cui definizione è stata effettuata dal DPCM del 29 novembre 2001, in seguito aggiornato dal DPCM 12 gennaio 2017.

⁴⁶ Questo impegno economico, destinato all'assistenza dei minori, che potrebbe essere indirizzato «in gran parte localmente in strutture e professionalità per migliorare la situazione sanitaria» (M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO e L. VILLANI, *Migrazione sanitaria pediatrica in Italia*, luglio 2021, reperibile all'indirizzo <https://sip.it/>), è stato altrettanto elevato per altre Regioni meridionali, come il Molise, valutato pari al 45,9% di tutte le spese sanitarie, la Basilicata al 44,2%, l'Abruzzo al 26,3%. In termini assoluti la Campania, che possiede tra le Regioni meridionali il più «elevato numero di bambini 0-14 anni, è quella che spende di più per ricoveri fuori regione (25 milioni di euro, pari al 12% dei costi sanitari per quella fascia di popolazione)»: *Migrazione sanitaria per i bambini del Sud*, in <http://sip.it>. Per M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO e L. VILLANI, *op. ult. cit.*, «la migrazione sanitaria dei minori determina profonde sofferenze per il distacco dal luogo di origine, problemi economici per le famiglie per le spese di trasferimento e difficoltà di lavoro dei genitori per l'allontanamento dalla loro sede».

⁴⁷ M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO e L. VILLANI, *op. ult. cit.*

⁴⁸ *Migrazione sanitaria per i bambini del Sud*, in <http://sip.it>.

⁴⁹ Per il Presidente della Società Italiana di Pediatria, Annamaria Staiano, *Intervento in occasione della conferenza su migrazione sanitaria e disegualtanze territoriali*, 2021, reperibile all'indirizzo <https://sip.it/>, «l'idea che nascere e vivere in

Non meno critico è stato poi il dato relativo alle cd. *speranze di vita alla nascita* che vede le popolazioni meridionali al di sotto della media nazionale, in considerazione di un maggior tasso di mortalità infantile (6,7). Ne deriva, secondo questa rilevazione statistica, che un minore che nasce nel Mezzogiorno ha un rischio di morire, durante il primo anno di vita, il 47% in più rispetto ad un nato nel Nord-Est⁵⁰.

Il dato non cambia con riguardo alle *speranze di vita in buona salute* che ha riguardo ad altre fasce di età. Ancora una volta le Regioni del Sud mostrano dati (81,9 anni)⁵¹ sensibilmente distanti dalla media riscontrata in altri territori, come il settentrione, che raggiunge una media di sopravvivenza di 83,2 anni, superata soltanto da Trentino Alto Adige con 83,8 anni e Veneto, 83,4 anni.

Tra le molteplici cause di questo divario tra distinte aree, certamente non secondaria è una differente capacità di realizzare adeguate prese in carico dei pazienti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, comprensivi dell'assistenza domiciliare integrata⁵², con punte di criticità per gli anziani⁵³ e i disabili, accanto alle scadenti performance realizzate nel Mezzogiorno dalla medicina della prevenzione.

Alcune delle Regioni meridionali non hanno, neppure, raggiunto lo score (fissato a 9) ritenuto indispensabile per rendere necessario l'adempimento dei Lea, con riguardo ad alcuni *screening*, come quello mammografico, cervicale, coloretale⁵⁴.

3. Le iniziative europee per il superamento dei divari tra gli Stati e, al loro interno, tra i diversi territori

Tra gli obiettivi perseguiti dall'art. 168 TFUE, che si propone di assicurare «un livello elevato di protezione della salute umana»⁵⁵, rientra anche la riduzione delle persistenti disparità, nell'accesso ai servizi sanitari, ancora presenti tra gli Stati membri e, al loro interno, tra le

un particolare territorio del Paese possa offrire una maggiore o minore probabilità di cura e di sopravvivenza semplicemente non è accettabile».

⁵⁰ M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO e L. VILLANI, *Migrazione sanitaria pediatrica in Italia*, cit.

⁵¹ Dai dati contenuti nell'*Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2018*, cit., p. 1, «le Regioni peggiori sono la Campania (81,1) e la Sicilia (81,6)».

⁵² Al riguardo sia consentito rinviare a L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., p. 14.

⁵³ Dai dati riportati da L. DEL BELLO, *Sanità più vicina e riqualificazione a impatto zero*, in quotidiano *La Repubblica-Salute* dell'11 novembre 2021, «attualmente l'offerta di Rsa in Italia è pari a 14,6 posti letto ogni 1.000 anziani residenti (over 65 o più). La sproporzione tra Nord e Sud è evidente: il Veneto dispone di 28,4 posti letto, l'Emilia Romagna 15,7 e il Lazio 5,9, mentre la Campania, quasi fanalino di coda, conta appena 1,4 posti letto ogni 1.000 anziani. Nella griglia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), il ministero della Salute aveva fissato un parametro minimo di 10 posti letto, il Sud, con la Campania anche, è posizionato al di sotto».

⁵⁴ Cfr. *Osservatorio civico sul federalismo in sanità*, cit., p. 4.

⁵⁵ Non manca in dottrina (F. SALMONI, *Diritti sociali e Unione Europea. Dall'ordinamento comunitario allo stato sociale europeo*, in *Scritti in onore di G. Ferrara*, Vol. III, Torino, 2005, p. 557) chi giudica questa formula «alquanto nebulosa,

distinte parti dei propri territori, coerentemente all'impostazione solidaristica presente nei Trattati istitutivi dell'UE.

Il riconoscimento, da parte di questi testi normativi, di una competenza esclusiva degli Stati membri in materia sanitaria⁵⁶ riduce peraltro l'intervento della Commissione europea dotata, nel settore in questione, di una mera potestà concorrente, ausiliaria, complementare, di indirizzo, di coordinamento e di scambio di buone pratiche tra gli Stati stessi e Gruppi di esperti. Tra i compiti assegnati dall'art. 168.2 TFUE a questo organo di governo sovranazionale rientra, infatti, quello di adottare, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento, «in particolare iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici»⁵⁷. Analogamente ad altri settori del *welfare*, la sanità rappresenta, quindi, un ambito di intervento dell'ordinamento europeo a «incidenza "indiretta"»⁵⁸ che, pur potendo condizionare le scelte degli Stati⁵⁹, non pregiudica affatto l'esercizio, da parte di questi ultimi, delle competenze in questo importante settore dei servizi sociali⁶⁰.

Pur in presenza di una primazia riconosciuta nel comparto dei servizi sanitari alle prerogative statali, di assoluto rilievo è stato tuttavia l'impegno profuso dall'UE per porre rimedio

perché il *livello elevato* di protezione della salute umana che questo articolo vorrebbe garantire è un concetto non solo in sé indefinito, ma, tutto sommato, indefinibile».

⁵⁶ A norma dell'art. 168.7 TFUE «L'azione dell'Unione rispetta la responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura dei servizi sanitari e di assistenza medica». Lo stesso art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE affida la tutela della salute alla competenza degli Stati membri nella parte in cui riconosce ad ogni individuo «il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali».

⁵⁷ L'art. 4.2 K TFUE attribuisce poi all'UE la competenza concorrente in relazione ai «problemi comuni di sicurezza in materia di sanità pubblica», mentre l'art. 6 TFUE statuisce che l'Unione «ha competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri». Questo supporto offerto dall'UE alle politiche sanitarie nazionali, anche ai fini del raccordo con altre priorità europee nel campo dei servizi sociali, non potrebbe certamente provocare una riduzione delle competenze statali in materia di organizzazione e gestione dei servizi sanitari e di «allocazione delle risorse necessarie per l'erogazione delle relative prestazioni». Per D. MORANA, *Alla periferia delle priorità eurounitarie (con qualche segnale in controtendenza): la tutela della salute nella dimensione europea*, in *L'Europa dei tre disincanti, Liber amicorum* per G. Cocco, a cura di P. Carnevale, E. Castorina, G. Grasso e R. Manfellotti, Napoli, 2021, p. 627 ss., in nessun caso sarebbe consentito all'Unione di determinare «forme di ingerenza o di intervento diretto nella definizione delle politiche sanitarie nazionali».

⁵⁸ F.A. CANCELLA, *Servizi di welfare e diritti sociali nella prospettiva dell'integrazione europea*, cit., p. 108, nota 25, il quale distingue le azioni sviluppate dall'UE sui *welfare* statali a incidenza *diretta* (con riguardo, ad esempio, all'art. 42 TCE che attribuisce alla UE il potere di adottare in materia di sicurezza sociale «le misure necessarie per l'instaurazione della libera circolazione dei lavoratori»), da quelle a incidenza *indiretta* realizzate per porre freno a «deficit eccessivi per finanziare il welfare», attraverso l'imposizione di «innumerevoli vincoli comunitari».

⁵⁹ L. BUSATTA, *Salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto di accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, p. 140 e p. 241, a giudizio della quale «pur a fronte della volontà di rispettare le scelte interne di ciascuno Stato membro, il diritto euro-unitario ha ormai una portata tale da riuscire a influire, spesso anche in modo determinate, sulle decisioni in campo sanitario».

⁶⁰ E. BARTOLONI, *La competenza dell'Unione Europea in materia di sanità pubblica alla prova dell'emergenza pandemica da Covid-19*, in L. Chieffi (a cura di), *L'emergenza pandemica da Covid-19 nel dibattito bioetico*, Tomo II, Milano, 2021, p. 49.

alle conseguenze prodotte dalla crisi pandemica sulla tenuta dei diritti sociali in grado di amplificare la distanza (*social divide*) tra le varie nazioni e, al loro interno, tra i distinti territori e fasce di popolazione.

La maggiore attenzione dedicata, attraverso l'erogazione di cospicui finanziamenti, alla realizzazione degli obiettivi sociali, ha indotto l'istituzione sovranazionale, proprio attraverso la leva economica, a conferire maggiore rilievo, rispetto a quanto avveniva in passato, a valori quali la dignità umana, l'eguaglianza e la solidarietà, espressamente richiamati nei Trattati istitutivi (artt. 2 e 3, par. 3 TUE) e nella stessa Carta di Nizza⁶¹.

La forte azione svolta a sostegno delle aspettative, anche di tipo sanitario, provenienti dal *dēmos* europeo induce allora a rivedere, almeno in parte, il diffuso scetticismo nei confronti di un organismo dimostratosi in passato più attenta agli interessi dei mercati, alla promozione della concorrenza e alla stabilità dei bilanci statali⁶², e certamente meno interessata a realizzare interventi di solidarietà indirizzati a ridurre le diseguaglianze tra le diverse popolazioni e al loro interno tra gli individui. Lo stesso impegno profuso dalla Commissione europea per l'avvio della campagna vaccinale, attraverso l'acquisto accentrato e coordinato con gli Stati delle necessarie dosi⁶³, ha almeno in parte cercato di porre rimedio alla inadeguata gestione della crisi pandemica che, nonostante gli spazi consentiti dall'ordinamento europeo, non aveva inizialmente condotto ad una «linea di azione comune a livello UE»⁶⁴.

Questo ritrovato interesse dell'Unione per la salvaguardia della salute collettiva, cui erano stati dedicati in precedenza una serie di atti non vincolanti appartenenti al cd. *soft law* e destinati essenzialmente a svolgere una funzione di *moral suasion*, come i Libri bianchi, i Rapporti e le Comunicazioni della Commissione, le Conclusioni del Consiglio, le Risoluzioni del Parlamento europeo⁶⁵, ha più recentemente condotto al varo del Regolamento

⁶¹ Nel Preambolo della Carta dei diritti fondamentali dell'UE è statuito che «l'Unione si fonda sui valori indivisibili e universali della dignità umana, della libertà, della eguaglianza e della solidarietà». Il capo III di questa Carta è interamente dedicato all'uguaglianza, mentre il capo IV alla solidarietà.

⁶² Per S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, 2014, p. 7, è stato proprio un persistente disinteresse dell'UE per la promozione dei diritti sociali, nonostante il loro richiamo nella Carta europea dei diritti fondamentali e nello stesso Trattato di Lisbona, «in nome di un indiscutibile primato della logica economica», la causa di una sorta di «eclisse» o anche «crisi "effettuale" della solidarietà». Anche per la F. SALMONI, *Diritti sociali e Unione Europea. Dall'ordinamento comunitario allo stato sociale europeo*, cit., p. 536 ss., la prevalenza del *liberalismo* e del *libero mercato*, come «ideologia economia dominante a livello comunitario» aveva condotto ad una svalutazione dei valori ispirati allo stato sociale.

⁶³ Anche se, soprattutto in una prima fase dell'avvio della campagna vaccinale, la presenza «di "egoismi" nazionali» è apparsa, «ancora una volta, poco in linea con i propositi di protezione della salute come obiettivo comune e sovranazionale fatti propri dai Trattati e dal diritto derivato»: D. MORANA, *Alla periferia delle priorità europolitane (con qualche segnale in controtendenza): la tutela della salute nella dimensione europea*, cit., p. 628.

⁶⁴ E. BARTOLONI, *La competenza dell'Unione Europea in materia di sanità pubblica alla prova dell'emergenza pandemica da Covid-19*, cit., p. 58.

⁶⁵ Cfr. il *Libro bianco della Commissione* del 23 ottobre 2007 dal titolo «Insieme per la salute: un approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013» COM(2007) 630 definitivo; la Comunicazione COM/2009/0567 della Commissione sulla «Solidarietà nella salute: ridurre le diseguaglianze sanitarie nell'UE»; le Conclusioni del Consiglio dell'8 giugno 2010, in

UE/2021/522 che dedica particolare attenzione allo svolgimento di azioni volte a ridurre le disparità nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria ancora presenti tra gli Stati membri e, al loro interno, tra distinte parti del loro territorio⁶⁶.

Con l'intento di indirizzare questi ultimi, il Regolamento europeo destina la dotazione finanziaria, coerentemente alla Strategia di Lisbona varata nel 2000 dai Capi di Stato e di governo, ad azioni di protezione della salute, di riduzione delle diseguaglianze nella prestazione di assistenza sanitaria, in particolare nelle zone rurali e nelle Regioni isolate, di miglioramento della disponibilità, accessibilità economica nell'Unione dei medicinali, di promozione della diffusione di strumenti e servizi digitali, nonché alla creazione di uno spazio europeo dei dati sanitari. Da qui l'invito contenuto in questa fonte del diritto derivato ad un impiego dei fondi europei per favorire investimenti in infrastrutture sanitarie, ricerca e formazione, la prevenzione delle malattie ed il rafforzamento delle tecnologie relative alla telemedicina, proprio per ridurre queste distanze.

L'edificazione di una «forte Unione europea della salute», recentemente proposta dal Presidente della Commissione europea, Ursula von der Leyen⁶⁷, nel favorire la cooperazione interstatale, andando oltre la mera esperienza dell'assistenza transfrontaliera⁶⁸, potrebbe certamente contribuire alla riduzione dei numerosi e persistenti squilibri, amplificati dalla crisi sanitaria, così da migliorare la resilienza dei sistemi sanitari europei.

Analoga spinta per lo sviluppo delle Regioni in ritardo è stata offerta dallo stesso Regolamento UE/2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che introduce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (*Recovery Fund*), al fine di garantire, soprattutto nei momenti di crisi, «l'accessibilità e la capacità dei sistemi sanitari e di assistenza» (n. 15 dei Considerando).

Le risorse finanziarie ricavate attraverso l'emissione di titoli del debito sul mercato, da parte della Commissione europea, si aggiungono a quelle già impegnate in passato con i Fondi strutturali in sanità⁶⁹: Fondo sociale europeo Plus (FSE+), Fondo europeo per gli

tema di «Equità e salute in tutte le politiche»; la Risoluzione del Parlamento europeo UE/2010/2089 (INI) dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle diseguaglianze sanitarie nell'UE; il Rapporto della Commissione del 2013 sulle «Diseguaglianze sanitarie nell'UE»; le Comunicazioni della Commissione «Sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti» COM(2014) 215 del 4 aprile 2014 e «Costruire un'Unione europea della salute: rafforzare la resilienza dell'UE alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero» COM(2020) 724 *final* dell'11 novembre 2020.

⁶⁶ In questo paragrafo e in quello successivo vengono riprese e sviluppate alcune considerazioni contenute in L. CHIEFFI, *Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal Recovery Fund per il rilancio dei welfare sanitari*, in *BioLaw Journal*, n. 4/2021, p. 3 ss.

⁶⁷ U. VON DER LEYEN, *Intervento al vertice mondiale sulla salute*, 25 ottobre 2020, all'indirizzo www.eurokomonline.eu.

⁶⁸ Regolamentata dalla Direttiva 2011/24/UE con la quale l'UE intendeva consentire, con una normativa più organica rispetto a quanto previsto nei precedenti Regolamenti n. 1408/71, n. 631/2004 e n. 883/2004, una apertura delle legislazioni statali al riconoscimento del diritto dei pazienti di ricevere assistenza sanitaria in un Paese diverso da quello di provenienza.

⁶⁹ Il cui obiettivo è quello di promuovere la coesione economica, sociale e territoriale in modo da ridurre le diseguaglianze tra individui e le distanze tra i diversi territori regionali. La distribuzione di queste risorse, erogate attraverso le distinte linee di finanziamento, è poi realizzata sulla base di alcuni parametri oggettivi (densità della popolazione, ritardi regio-

investimenti strategici (FEIS), Fondo europeo di sviluppo regionale (FERS), Fondo di coesione (FC), non tralasciando i numerosi PON, relativi a progetti ICT (Innovativi, Creativi, Tecnologici) per la salute e il Servizio Sanitario Nazionale.

L'elaborazione su iniziativa franco-tedesca del progetto del *Next Generation EU*, cui si deve una svolta nelle politiche economiche di questo organismo sovranazionale, parte dal presupposto che, proprio attraverso la crescita dei territori maggiormente indeboliti economicamente dagli effetti della pandemia, potrà essere assicurata la ripresa dell'economie nazionali e la, contestuale, ripartenza del processo di integrazione. Anche se è indubbio che solo il rafforzamento a livello sovranazionale delle politiche di bilancio e di quelle fiscali, di cui allo stato non sembrano esserci i necessari presupposti, per la presenza di ricorrenti rigurgiti sovranisti, potrebbe assicurare stabilità all'importante promozione dei diritti sociali recentemente avviata dall'Unione Europea.

Tra le condizioni imposte a Bruxelles per l'accesso al *NextGen*, accanto alla realizzazione di politiche di bilancio prudenti, in grado di assicurare la sostenibilità del debito, viene pure aggiunto il miglioramento del coordinamento tra autorità nazionali e regionali, di assoluta importanza nel comparto sanitario⁷⁰.

Questo rilevante sforzo economico dedicato dalla Commissione per il rafforzamento dei *welfare* statali e la riorganizzazione dei sistemi sanitari nazionali, di competenza esclusiva dei singoli Stati membri, pure in presenza di gravi emergenze (art. 168.7 TFUE e art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE⁷¹), rappresenta un'importante svolta delle politiche realizzate in questo settore dei servizi pubblici essenziali.

L'apertura verso una maggiore protezione della salute dei cittadini europei potrebbe avere l'effetto di mitigare, ai fini di una maggiore armonizzazione tra gli Stati, la primazia in passato riconosciuta alle regole del mercato e della concorrenza, coerentemente all'impostazione solidale contenuta nel Pilastro dei diritti sociali (Principio 16) e nella stessa Carta dei diritti fondamentali dell'UE (art. 27 ss.). Il passaggio da un «fondamentalismo di mercato», che lascia ampio spazio alla iniziativa economica privata e alla concorrenza minimizzando le interferenze provenienti dallo Stato, verso quel *liberalismo inclusivo*, recentemente

nali, livelli di disoccupazione e istruzione, ecc.) e nel rispetto del principio di *addizionalità* che ne consente l'aggiunta (e certamente non la sostituzione) alle spese già programmate all'interno degli stessi Stati membri.

⁷⁰ Tale auspicio era già contenuto nella Raccomandazione del Consiglio del 20 luglio 2020, sul *Programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2020 dell'Italia* (2020/C 282/12), punto 1.

⁷¹ In presenza di grandi flagelli l'art. 168 TFUE riconosce, inoltre, agli organi del governo europeo («il P.E. e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni») il compito di adottare «misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero», anche attraverso il necessario supporto finanziario per consentire agli Stati membri la protezione e il miglioramento della salute umana. Per la dottrina cfr. F. BALAGUER CALLEJON, *La gestione della crisi epidemiologica a livello europeo e internazionale*, in L. Chieffi (a cura di), *La crisi pandemica da Covid-19 nel dibattito bioetico*, Tomo II, Milano, 2021, p. 11 ss.

richiamato da un'autorevole dottrina⁷², che in antitesi alle espressioni più esasperate di *neoliberalismo* prevede l'introduzione di «vincoli alla libertà economica» al fine di indirizzarla al «raggiungimento di obiettivi economico-sociali», potrebbe certamente favorire una maggiore attenzione delle politiche europee per il soddisfacimento dei bisogni primari. In questa direzione la provvisoria e provvidenziale sospensione decisa dalla Commissione europea, in presenza della grave emergenza sanitaria, del Patto di stabilità in modo da disattivare i vincoli finanziari ridefinendo gli stessi meccanismi di sostegno economico⁷³ e consentire una maggiore flessibilità nell'applicazione delle regole europee in materia di finanza pubblica e di bilancio, costituisce un importante segnale della *reversibilità* dei processi di «arretramento dello stato sociale»⁷⁴ e di affievolimento della tutela dei diritti sociali.

4. L'implementazione, da parte dell'Italia, delle politiche europee di sostegno attraverso il PNRR

In conformità agli indirizzi europei, preordinati a ridurre le distanze tra i territori, pure ripresi dal *Recovery Fund* che collega la ripresa alla riduzione delle disparità attraverso l'erogazione di prestiti in parte a fondo perduto⁷⁵, la previsione da parte del PNRR, elaborato dal Governo italiano per intercettare i finanziamenti europei, di una quota di riserva delle risorse a fini perequativi a favore del Mezzogiorno, e in ogni caso superiore al peso della sua popolazione (corrispondente al 34% di quella nazionale)⁷⁶, potrà certamente favorire la riduzione delle distanze, pure di tipo sanitario, ancora presenti in questa parte del territorio nazionale.

Recente è pure il finanziamento deciso dalla Commissione europea, per un importo di 625 milioni di Euro che si aggiungono a quelli stanziati attraverso il PNRR, di un Piano operativo sulla salute diretto a potenziare nel Mezzogiorno d'Italia lo svolgimento di *screening*

⁷² M. SALVATI, N. DILMORE, *Liberalismo inclusivo. Un futuro possibile per il nostro angolo del mondo*, Milano, 2021, p. 15. Per questi Autori (p. 17), in assenza della «estensione dei benefici conseguenti a mercati liberi alla grande maggioranza della popolazione, un regime politico liberale non solo è eticamente indifendibile, ma può diventare forma di instabilità economica, sociale e politica in un contesto liberaldemocratico».

⁷³ Per M. SALVATI, N. DILMORE, *ibidem*, la pandemia da Covid ha prodotto una accelerazione dei «tempi del definitivo abbandono della gran parte delle politiche neoliberaliste».

⁷⁴ R. BIN, *Critica della teoria dei diritti*, Milano, 2018, p. 138. Sulla reversibilità delle scelte politiche con cui vengono di continuo fissate, all'interno dei gruppi sociali, le regole «per strutturarsi e ripartire le ricchezze e i poteri» cfr. T. PIKETTY, *Una breve storia dell'uguaglianza*, tr. it., Milano, 2021, p. 25.

⁷⁵ L'erogazione di questi ingenti finanziamenti è sottoposta alla condizione che gli Stati beneficiari realizzino le necessarie riforme in alcune aree politiche di rilevanza europea quali la «transizione verde», la «trasformazione digitale», la «coesione sociale e territoriale», la «salute e resilienza economica, sociale e istituzionale», le «politiche per la prossima generazione, bambini e giovani, compresa l'istruzione e le competenze»: F. SALMONI, *Recovery fund, condizionalità e debito pubblico. La grande illusione*, Torino, 2021, p. 27.

⁷⁶ Art. 2, comma 6-bis introdotto, in sede di conversione del d.l. n. 77/2021, dalla legge n. 108/2021.

oncologici, gli interventi a favore della salute mentale e della medicina di genere, con riguardo soprattutto allo sviluppo della rete dei consultori⁷⁷.

In esecuzione di questo indirizzo europeo, la precipua attenzione dedicata dal Governo Draghi a favore delle Regioni più disagiate intende dare impulso ai propositi di riequilibrio già in precedenza perseguiti, almeno sulla carta, dai Governi Gentiloni, Conte 1 e Conte 2 attraverso il richiamo ai benefici della fiscalità di vantaggio, oltre che di quote predefinite della spesa in conto capitale (cd. clausola del 34%⁷⁸) realizzata dalle amministrazioni e società pubbliche. Questo importante supporto economico, che segnerebbe l'inversione della tendenza riscontrata in passato⁷⁹, nel fornire un'importante spinta alla crescita di questi territori risulterebbe di sicuro vantaggio per l'intero Paese⁸⁰.

⁷⁷ Di cui ha riferito il Ministro della Salute, R. Speranza, in occasione dell'audizione tenuta in Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati in data 15 febbraio 2022, in merito al tema della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, nell'ambito dell'esame della Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), reperibile all'indirizzo <https://webtv.camera.it/evento/19966>.

⁷⁸ Contenuta nel «decreto Mezzogiorno», a decorrere dal 2018, in virtù dell'introduzione in sede di conversione del d.l. n. 243/2017, con la legge n. 18/2017, dell'art. 7-bis, successivamente confermata, con talune modifiche dei criteri di assegnazione, dall'art. 1, comma 598, della legge n. 145/2018 (legge di bilancio 2019), dall'art. 30 del d.l. n. 162/2019 (cd. decreto Mille proroghe), convertito con modificazioni dalla legge n. 8/2020, e dall'art. 1, comma 310, della legge n. 160/2019 (legge di bilancio 2020). Tali incentivi si aggiungono a quelli già in passato destinati, da numerosi provvedimenti legislativi, alla realizzazione di interventi che consentissero il rilancio dell'economia del Mezzogiorno attraverso la concessione del credito d'imposta per l'acquisto, da parte di strutture produttive, di beni strumentali nuovi (macchinari e attrezzature varie) [legge n. 208/2015 (legge di stabilità 2016) commi da 98 a 108, in seguito confermata al 31 dicembre 2020 dall'art. 1, comma 319 della legge n. 160/2019 (legge di bilancio 2020) e al 31 dicembre 2022, dall'art. 1, comma 171, della legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021)] o anche per «Interventi urgenti per la coesione sociale e territoriale, con particolare riferimento a situazioni critiche in alcune aree del Mezzogiorno» (d.l. n. 243 del 2016, convertito in legge n. 18/2017). Analoghi sostegni sono quelli contenuti: nell'art. 1, commi 897 e 903, della legge n. 205/2017 (legge di bilancio 2018), che ha istituito il «Fondo imprese Sud»; nel d.l. n. 91/2017, convertito in legge n. 123/2017, recante: «Disposizioni urgenti per la crescita economica nel Mezzogiorno»; nell'art. 1, comma 226, della legge n. 160/2019 (legge di bilancio 2020), che ha elevato la maggiorazione del contributo statale del 30% al 100% a favore di micro e piccole imprese che effettuano, in alcune Regioni meridionali, investimenti innovativi «industria 4.0», istituendo pure un «Fondo 'cresci al Sud'» (art. 1, commi 321-326); nell'art. 244 del d.l. n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 77/2020, che ha introdotto una maggiorazione dell'aliquota del credito di imposta per investimenti in attività di ricerca e di sviluppo destinati alle imprese operanti nelle Regioni del Mezzogiorno, anche al fine di sviluppare la ricerca in ambito Covid-19; e infine, nell'art. 1, commi da 161 a 169 della legge n. 178/2020 (legge di bilancio 2021) che estende l'esonero contributivo parziale in favore dei datori di lavoro del settore privato operanti nelle Regioni del Sud.

⁷⁹ Tale garanzia nella distribuzione delle risorse tra i diversi territori dello Stato dovrebbe, infatti, porre rimedio al disequilibrio rilevato nel passato. Secondo una ricerca condotta dalla Banca d'Italia, Eurosystema, *Questioni di Economia e Finanza (occasional paper)*, *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, a cura di M. Bucci, E. Gennari, G. Ivaldi e L. Moller, cit., p. 21, basata su dati dei Conti pubblici territoriali (CPT), «nell'arco dell'ultimo decennio, l'incidenza delle regioni meridionali e insulari sul complesso delle risorse destinate all'accumulazione di capitale pubblico (spesa pubblica per investimenti e per contributi agli investimenti delle imprese) è oscillata intorno al 30 per cento (con un picco nel 2015, in corrispondenza della chiusura del ciclo di programmazione dei fondi comunitari), a fronte di una popolazione residente pari in media al 34,4 per cento di quella nazionale».

⁸⁰ I. SALES, *Investire sul sud come la Germania fece sull'Est*, in quotidiano *La Repubblica* del 29 marzo 2021, che richiama dati Svimez secondo cui «per ogni euro investito nel Sud, 40 centesimi tornano all'economia del Centro-Nord in termini di beni e servizi per le imprese settentrionali: al contrario, per ogni euro investito nel settentrione solo 6 centesimi ritornano al meridione».

Secondo le proiezioni elaborate dalla Banca d'Italia⁸¹ e dalla SVIMEZ⁸², la maggiorazione delle risorse trasferite al Mezzogiorno, per un incremento quantitativo e qualitativo del capitale infrastrutturale in ossequio agli obiettivi di coesione sociale perseguiti dall'UE, nel migliorare l'aumento del PIL di questa parte del nostro territorio sarebbe in grado di determinare una maggiore crescita complessiva dell'economia nazionale che viene valutata in circa un punto percentuale, certamente utile per consentire la rapida ripresa dell'Italia. Come ampiamente dimostrato da una consolidata letteratura economica è indubbia la correlazione tra «accumulazione di capitale infrastrutturale», comprensivo delle infrastrutture sociali, e «impatto espansivo sull'economia sia nel breve che nel lungo periodo»⁸³.

Nella stessa direzione, diretta a ridurre il gap che penalizza il Mezzogiorno, l'incremento del Fabbisogno Sanitario Nazionale di 478,2 milioni di euro, disposto dall'attuale Governo, si propone appunto, accanto al «riassorbimento delle prestazioni ambulatoriali e di *screening* e il recupero dei ricoveri ospedalieri non effettuati a causa della pandemia Covid-19», proprio la riduzione delle liste di attesa⁸⁴ dovute ai deficit infrastrutturali, oltre alla eliminazione della principale causa degli squilibri di bilancio subiti dalle Regioni di provenienza dei pazienti costretti ad emigrare in altri territori della nazione.

Per porre poi rimedio alla tradizionale inerzia delle Regioni meridionali nell'esecuzione dei progetti e nell'impiego delle risorse assegnate, a causa di persistenti inadeguatezze amministrative ovvero di una oggettiva carenza di risorse interne da impiegare a titolo di cofinanziamento, le rigide clausole imposte dalla Commissione europea, per consentire il perseguimento degli obiettivi di crescita e coesione sociale nel rispetto della programmazione contenuta nel PNRR, spingono a favore di un coordinamento e costante monitoraggio da parte degli organi del governo centrale, pur nel rispetto delle competenze riconosciute alle autonomie territoriali nel campo dei servizi sanitari e socio-sanitari.

L'intento di questa previsione, che contempla anche l'esercizio di «Poteri sostitutivi» (art. 12 del d.l. n. 77 del 2021, convertito in legge n. 108/2021), è proprio quello di rimuovere le cause, determinate prevalentemente da inefficienze gestionali, che avevano in passato impedito il tempestivo impiego delle risorse europee previste dai Fondi strutturali⁸⁵.

L'esigenza di assicurare in tutto il territorio nazionale, secondo l'impostazione universalistica della legge n. 833/1978, il raggiungimento degli obiettivi che possano porre rimedio

⁸¹ Banca d'Italia, Eurosistema, *Questioni di Economia e Finanza (occasional paper)*, *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, a cura di M. Bucci, E. Gennari, G. Ivaldi e L. Moller, cit., p. 21.

⁸² SVIMEZ, *Anticipazione Rapporto Svimez 2021 sull'Economia e la Società nel Mezzogiorno, Nord e Sud: uniti nella crisi e divisi nella ripartenza*, cit., p. 34.

⁸³ Banca d'Italia, Eurosistema, *Questioni di Economia e Finanza (occasional paper)*, *I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, a cura di M. Bucci, E. Gennari, G. Ivaldi e L. Moller, cit., p. 20.

⁸⁴ Report Osservatorio GIMBE 1/2021, *Impatto della pandemia Covid-19*, cit.

⁸⁵ L. BIANCHI, Direttore generale della Svimez, *I progetti che servono per eliminare il divario*, in quotidiano *il Mattino* del 30 luglio 2021, richiama la costituzione, proposta dalla SVIMEZ, di «Centri di competenza territoriale formati da specialisti nella progettazione e attuazione delle politiche di sviluppo (...) in grado di supportare le amministrazioni locali» e, quindi, favorire una migliore realizzazione degli interventi programmati dal PNRR nei territori maggiormente in ritardo.

alle criticità pure emerse durante la pandemia, conduce inesorabilmente ad un coordinamento dal centro degli interventi⁸⁶, seppure nel rispetto delle regole del regionalismo cooperativo che impongono una costante consultazione delle rappresentanze regionali nella fase dell'attuazione e del coordinamento degli interventi stabiliti nel Piano.

Il perseguimento di un disegno uniforme potrà consentire il miglioramento, in ogni parte della nazione, dell'accessibilità ai servizi pubblici essenziali, così da assicurare il godimento di eguali diritti di cittadinanza a prescindere dal luogo di residenza dell'interessato, coerentemente ai principi di universalità ed equità senza nessuna distinzione di condizioni personali, sociali ed economiche.

L'istituzione, contemplata nel PNRR stesso, di un'apposita struttura che rappresenterà il punto di contatto con la Commissione europea, in aggiunta alla Cabina di regia istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, per dare «impulso e coordinamento generale sull'attuazione degli interventi»⁸⁷ e verificare i progressi compiuti, rappresenta, in questa direzione, un importante supporto al ruolo unificante e d'indirizzo che dovrà essere svolto dallo Stato centrale. Sarà, infatti, compito di quest'ultimo verificare lo stato di avanzamento della Missione 6, che riguarda la «Salute» ed in particolare il potenziamento della telemedicina⁸⁸, della digitalizzazione del servizio, ancora poco sviluppata nelle strutture sanitarie del meridione, per una migliore elaborazione ed analisi dei dati e delle cd. reti o strutture di prossimità.

L'intento è quello di assicurare la «promozione della salute», anche con interventi di tipo preventivo, accanto alla «presa in carico e riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio/sanitaria» (art. 1, comma 4-bis, del d.l. n. 34/2020, convertito in legge n. 77/2020), comprensivo della assistenza domiciliare integrata, indispensabile per agevolare il processo di continuità territorio-ospedale.

⁸⁶ Per G. VIESTI, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., p. XXXVIII, il rilancio del Paese, e soprattutto delle aree più bisognose, a cominciare dal Mezzogiorno, esige «un forte e intelligente intervento pubblico nazionale», reso possibile dalla presenza di un «centro forte» (p. 281) che sia in grado di «garantire l'efficacia stessa delle politiche pubbliche», cui dovrà corrispondere un «regionalismo ben temperato» (p. 410). Per questo Autore (p. XLI), senza dover affatto pervenire ad «antistoriche ri-centralizzazioni», occorre assicurare un «coordinamento maggiore» tra Stato e Regioni. Anche per R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2020, p. 21, sarebbe «arduo immaginare un sistema capace di assicurare» livelli essenziali e uniformi di assistenza «senza un'organizzazione ultraregionale (...) sul tipo del Servizio sanitario nazionale». Sulla necessaria valorizzazione del ruolo dello Stato, che la crisi del 2008-09 e quella pandemica hanno, per così dire, rilanciato, non essendo in grado il mercato di dare «risposte a tutela della vita dei cittadini e della loro condizione economica», cfr. P. CIOCCA, *Ricchi Poveri. Storia della diseguaglianza*, Torino, 2021, p. 33.

⁸⁷ M. DELLA MORTE, *Il futuro dei territori (e del Sud). Rilanciare rappresentanze e partecipazione per una migliore attuazione del PNRR*, in *Costituzionalismo.it*, n. 2/2021, p. 8.

⁸⁸ Che potrebbe rappresentare per i bambini del Sud un importantissimo «strumento per favorire il processo di continuità ospedale-territorio, facilitare l'accesso ai servizi di cura, ed ottimizzare la gestione delle patologie croniche, consentendo, allo stesso tempo, di potenziare le cure domiciliari e di ridurre gli spostamenti non necessari, soprattutto per i pazienti che si trovino in aree geografiche sfavorevoli (isole, comuni montani etc.)»: A. STAIANO, Presidente della Società Italiana di Pediatria, *Intervento in occasione della conferenza per la presentazione di uno studio SIP che analizza per la prima volta il fenomeno della Migrazione sanitaria dei bambini del Sud*, 1 luglio 2021, reperibile all'indirizzo <https://sip.it/>.

L'istituzione delle *Case di comunità* e di *Ospedali di comunità*, di ridotta complessità, che mutua l'esperienza vissuta in alcune Regioni italiane, generalmente appartenenti al Nord d'Italia⁸⁹, e in altri sistemi sanitari stranieri⁹⁰, verrebbe a completare questo progressivo avvicinarsi delle strutture sanitarie ai destinatari delle prestazioni di prevenzione e cura, proprio con l'intento di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. L'introduzione di questo necessario filtro dovrebbe scongiurare inappropriati ricoveri nei pronto soccorso o nei reparti di alta specializzazione, cui sarebbe invece demandato il compito di provvedere alle esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. Tali interventi dovrebbero condurre al potenziamento della medicina di base e dei servizi territoriali non dimostratisi all'altezza di fronteggiare compiutamente, durante la crisi epidemiologica, la forte domanda di assistenza proveniente dal corpo sociale, riprendendo alcune linee di riforma contenute nel d.l. n. 158 del 2012 (cd. decreto Balduzzi) poi convertito, con modifiche, nella legge n. 189 del 2012. Si deve infatti alla intuizione del Governo presieduto da Mario Monti la previsione, rimasta in buona parte incompiuta, di nuove modalità di erogazione delle cure primarie attraverso il ricorso alle *Aggregazioni Funzionali Territoriali* (AFT) dirette a perseguire, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali condivisi, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, cui veniva aggiunta la creazione di *Unità complesse di cure primarie* (UCCP) (art. 1, n. lett. b), articolate in poliambulatori, con caratteristiche multiprofessionali, abilitate ad erogare prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria.

5. Conclusioni. L'equilibrio tra i territori come preconditione per il rafforzamento delle autonomie regionali

La realizzazione di un progressivo riequilibrio tra le distinte parti del Paese, consentita dalle linee di finanziamento europeo e dalla successiva progettazione nazionale contenuta

⁸⁹ Come ricorda L. DEL BELLO, *Sanità più vicina e riqualificazione a impatto zero*, cit., allo stato sono attivi nel nostro Paese «163 ospedali di comunità: 3163 posti letto, concentrati prevalentemente in Veneto (1426), Marche (616), Lombardia (467) ed Emilia Romagna (359)». In totale esistono in Italia 489 case di comunità, distribuite sempre tra Emilia Romagna (124), Veneto (77), Toscana (76) e Piemonte (71). La sperimentazione del modello assistenziale Case della salute risale ad una previsione contenuta nell'Allegato A (recante «Progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale, Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano») del Decreto Ministero della salute 10 luglio 2007, in *G.U.* 10 ottobre 2007, n. 236, che dava esecuzione a quanto previsto dall'art. 1, comma 806 della legge finanziaria 2007 (legge n. 296/2006).

⁹⁰ Per un approfondimento della esperienza straniera cfr. G. FATTORE, F. MEDA e M. MEREGAGLIA, *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, in *Rapporto OASI 2021*, p. 564 ss., reperibile all'indirizzo <https://cergas.unibocconi.eu>. e N. FORMISANI, S. GRASSI, I. PINEDA DAUDINOT, *Salute in Italia: ancora un diritto per tutti? Un confronto col sistema sanitario cubano*, in *BioLaw Journal*, n. 4/2021, p. 75 ss.

nel PNRR, rappresenta la preconditione per qualunque proposta, proveniente dalle Regioni, di rafforzamento della propria autonomia in applicazione dell'ultimo comma dell'art. 116 Cost., rimasto fino ad ora inattuato.

Questa opportuna riduzione delle distanze tra i diversi territori, coerentemente alle istanze di coesione sociale contenute nel disposto costituzionale, non potrebbe disattendere la previa definizione dei LEA e dei LIVEAS, attraverso l'impiego di criteri oggettivi che prendano in considerazione l'età anagrafica, l'indice di vulnerabilità sociale ed economica, le caratteristiche geomorfologiche dei territori interessati, ecc., così da attenuare i persistenti divari, motivo di inaccettabili disparità di trattamento, e promuovere nel contempo un «sistema di aspettative soggettive che si fondi su una chiara giustificazione e comprensione delle eventuali differenziazioni»⁹¹.

La necessaria «quantificazione»⁹² di questi livelli di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali non potrebbe, peraltro, che precedere la stessa definizione dei costi e fabbisogni standard per ciascun servizio pubblico, in modo da ridurre gli spazi a inadeguatezze e inefficienze amministrative, causa nel passato di ingiustificati sprechi che mortificavano le legittime aspettative provenienti dal corpo sociale.

La previsione nel d.l. n. 77/2021 (convertito in legge n. 108 del 29 luglio 2021), che definisce il quadro normativo finalizzato ad agevolare la realizzazione degli obiettivi contenuti nel PNRR come approvato con decisione di esecuzione del Consiglio europeo il 13 luglio 2021, di un concreto sostegno per le aree in ritardo, costituisce un importante punto di partenza per rendere possibile l'auspicato riequilibrio sociale.

Senza affatto trascurare i necessari interventi che potranno consentire il miglioramento delle capacità gestionali degli enti territoriali, a garanzia della loro efficienza⁹³, anche attraverso l'esercizio da parte del Governo di efficaci poteri di stimolo e di controllo sostitutivo (artt. 29, n. 2; 41, n. 6; 64, n. 3 della legge n. 108/2021), l'inserimento in sede di conversione del d.l. n. 77/2021 del comma 6 bis, all'art. 2, che prescrive alle amministrazioni centrali titolari di interventi previsti nel PNRR (art. 8, comma 1) di assicurare, «in sede di definizione delle procedure di attuazione degli interventi del PNRR», che «almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente, anche attraverso bandi, indipendentemente dalla fonte finanziaria di provenienza, sia destinato alle Regioni del Mezzogiorno, salve

⁹¹ P. DE IOANNA, R. FANTOZZI, «Vincoli ciechi»: i tagli alla spesa e il diritto alla salute, cit. Pur dovendo essere affidate, coerentemente al disposto costituzionale, l'attuazione e la gestione del governo della sanità «ai diversi livelli territoriali, primo fra tutti quello regionale», non si potrebbe prescindere, per C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, cit., p. 7, da «una cabina di regia statale», a garanzia del «principio della unitarietà e dell'indivisibilità» che non potrebbero certamente tollerare «disparità di trattamento». L'intento è quello [R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, cit., p. 340] di ridurre i rischi di «destrutturazione complessiva del Servizio sanitario nazionale e di conseguente contrazione della possibilità da parte del centro di governare il sistema».

⁹² G. VIESTI, *Autonomia regionale differenziata e «secessione dei ricchi»*, in *il Menabò di Etica ed Economia*, 16 gennaio 2019.

⁹³ In modo da incentivare le buone pratiche, il merito e la trasparenza.

le specifiche allocazioni territoriali già previste nel PNRR», potrà sortire importanti effetti nella direzione della auspicata perequazione.

Sarà di competenza del Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, «attraverso i dati rilevati dal sistema di monitoraggio attivato dal Servizio Centrale per il PNRR di cui all'art. 6», verificare «il rispetto del predetto obiettivo e, ove necessario, sottoporre gli eventuali casi di scostamento alla Cabina di regia, che adotta le occorrenti misure correttive» e proporre «misure compensative».

Sempre con l'intento di stimolare la crescita economica del Mezzogiorno, ulteriori interventi sono poi assicurati, in altri campi di competenza, a cominciare da quelli che intendono avviare una semplificazione in materia di investimenti destinati a questa parte del territorio nazionale (art. 57 ss.) per l'istituzione, ad esempio, di nuove Zone economiche speciali (ZES)⁹⁴, l'accelerazione di strategie nazionali per le aree interne (art. 58), la proroga del termine per la perequazione infrastrutturale (art. 59), in modo da consentire una previa ricognizione delle opere già esistenti⁹⁵, ed inoltre il rafforzamento dell'Agenzia per la coesione territoriale (art. 60).

L'importante impegno che dovrà essere profuso dal governo centrale per ridurre le persistenti distanze tra le diverse parti del territorio nazionale⁹⁶, pur nel rispetto della specificità dei singoli territori regionali, potrà rappresentare un freno alla pretesa in passato avanzata da alcuni di questi enti territoriali di acquisire, a prescindere da una preliminare azione di riequilibrio, una maggiore autonomia, proprio nel comparto sanitario, soprattutto se accompagnata, come nelle originarie intenzioni, dalla sottrazione alla fiscalità nazionale di una cospicua parte delle tasse raccolte nei territori più benestanti (cd. residuo fiscale). Questa disarticolazione del sistema delle autonomie, non supportata dai necessari interventi che consentano la crescita dei territori meno sviluppati, sarebbe infatti in grado di condurre ad un peggioramento delle disparità territoriali, certamente pregiudizievole per l'auspicata coesione economico-sociale e per la stessa affermazione del principio costituzionale della solidarietà⁹⁷.

⁹⁴ Le ZES, istituite con d.l. n. 91/2017 (artt. 4 e 5), a valere sulle risorse del Fondo sviluppo e coesione, sono concentrate nelle aree portuali e nelle aree ad esse collegate economicamente delle Regioni meridionali, definite dalla normativa europea come «meno sviluppate» o «in transizione». La loro istituzione intende favorire, attraverso specifici finanziamenti, lo sviluppo delle imprese già operanti ovvero l'insediamento di altre imprese.

⁹⁵ L'esigenza di questa necessaria verifica era stata già prevista, senza produrre i risultati attesi, dall'art. 22 (*Perequazione infrastrutturale*) della legge n.42/2009 sul federalismo fiscale, nella parte in cui disponeva la «predisposizione di una ricognizione degli interventi infrastrutturali», cui aveva fatto poi seguito il Decreto interministeriale del 26 novembre 2010, recante «Disposizioni in materia di perequazione infrastrutturale, ai sensi dell'articolo 22 della legge 5 maggio 2009, n. 42».

⁹⁶ Cfr. R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, cit., p. 346.

⁹⁷ Cfr. P. MASALA, *I diritti fra lo Stato e Regioni sull'emergenza sanitaria, a venti anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale «ribilanciamento» occorre realizzare per una efficace garanzia dell'eguaglianza sostanziale?*, cit., p. 225.