

Equità va cercando ...

Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*

Matteo Cosulich**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il tortuoso cammino verso l'equità del Ssn. – 3. Il Ssn tra crisi finanziaria e crisi pandemica. – 4. Considerazioni conclusive.

1. Premessa

Sulla scorta della puntuale e stimolante relazione di Lorenzo Chieffi, nella presente sessione siamo chiamati a riflettere sull'«Equità nella salute e nei servizi sanitari», anche alla luce della prospettiva europea cui l'intero Convegno è dedicato.

Nel quadro della «multidimensionalità oggettiva» del diritto alla salute, il tema in discorso sembra privilegiarne il versante della «tutela “attiva”» ovvero, per riprendere una categoria classica, la sua «veste di diritto sociale»¹. Così definito e delimitato, il diritto alla salute si realizza attraverso politiche di *welfare* che si traducono soprattutto nell'erogazione di prestazioni sanitarie²; altrimenti detto, il diritto alla salute fonda il «diritto a ricevere pre-

* 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 Diritto costituzionale nell'Università di Trento, matteo.cosulich@unitn.it.

¹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 31.

² Vedi, per tutti, M. COSULICH, G. GRASSO, *Le prestazioni sanitarie*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto*, cit., pp. 341-342. Sottolinea la «la declinazione eminentemente sociale del diritto alla salute (ossia la garanzia delle prestazioni sanitarie)» L. BUSATTA, *La salute sostenibile, La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, p. 40.

stazioni sanitarie»³. In tale ambito, evocare l'equità significa richiamare l'eguaglianza negli esiti delle prestazioni stesse, in modo che ogni individuo abbia «le stesse opportunità di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute» e che, specularmente, «nessuno debba essere “svantaggiato” nel raggiungerlo a causa della propria posizione sociale o di altre circostanze socialmente determinate»⁴.

Al riguardo, può anzitutto agevolmente constatarsi come, innovando profondamente rispetto alla precedente tradizione costituzionale⁵, l'art. 32 Cost. racchiuda in sé una promessa di equità⁶, presente in filigrana nella lettera stessa della disposizione costituzionale che, riferendosi all'«individuo» e alla «persona umana», statuisce l'universalità di un diritto espressamente qualificato come «fondamentale»⁷; all'universalità del diritto si connette la gratuità delle prestazioni sanitarie, laddove necessario⁸, anche al fine di favorire, può reputarsi, i medesimi esiti delle stesse, a prescindere dalle condizioni socioeconomiche dei soggetti interessati⁹.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale¹⁰ ad opera della legge 23 dicembre 1978, n. 833 ha data piena, sebbene tardiva¹¹, attuazione all'art. 32 Cost., anche con riferimento ai profili qui sopra messi in luce. La strumentalità del Ssn rispetto alla tutela della salute, «come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», emerge inequivocabilmente sin dal co. 1 dell'art. 1 (significativamente rubricato «I principi») della legge n. 833 del 1978; al successivo co. 3 l'equità si pone come uno dei tratti caratterizzanti il Ssn,

³ G. SCACCIA, *Art. 32*, in *La Costituzione italiana, Commento articolo per articolo*, 2 ed., 2021, p. 228. Tanto è vero che il «nucleo centrale» del diritto alla salute viene identificato nell'«aspettativa di prestazione eventualmente vantata dal cittadino-utente nei confronti degli apparati di servizi che operano nel campo della sanità» (R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XIII, 1997, p. 527).

⁴ V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità, L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, p. 35.

⁵ Vedi, per tutti, A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, I, 2006, p. 655.

⁶ Per riprendere la felice e fortunata espressione «rivoluzione promessa» di P. CALAMANDREI, *Cenni introduttivi sulla Costituyente e sui suoi lavori*, in *Commentario Calamandrei-Levi*, I, 1950, CXXXV, con generale riferimento alle «riforme di carattere sociale».

⁷ Si veda L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1, 2020, p. 3.

⁸ È noto come l'inciso finale dell'art. 32, co. 1 Cost. letteralmente garantisca la gratuità delle cure agli «indigenti». Ma tale sintagma è suscettibile di includere un novero di soggetti assai più ampio di quanto possa apparire di primo acchito, in quanto va interpretato in senso relativo, poiché l'indigenza «dipende dal costo e dall'importanza della cura di cui si ha bisogno» (M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute – diritto costituzionale*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, XXVII, Roma, 1991, p. 9; così anche Corte cost., sent. n. 309 del 1999, punto 6. *in diritto*).

⁹ Così «appare un dato ormai acclarato che nel fascio di situazioni giuridiche soggettive riconducibili al dettato dell'art. 32 Cost. giochi un ruolo preponderante il concetto di *diritto a prestazione*» (E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto «a prestazioni»*, *Considerazioni sull'effettività della tutela*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia, Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, 2013, p. 336; corsivo nel testo).

¹⁰ D'ora in poi Ssn.

¹¹ Tardività alla quale contribuì, sino agli anni Settanta del secolo scorso, «una lettura riduttiva, a volta finanche anacronistica», dell'art. 32 Cost. (D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: l'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo «trentennio sanitario»*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale, Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 321).

chiamato a operare nei confronti di «tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

Tanto premesso, in questa sede ci si domanderà se e in che misura l'equità, prevista dall'art. 32 Cost. e organizzata dalla legge n. 833 per il tramite del Ssn, rappresenti una promessa mantenuta nella sanità italiana, a più di quarant'anni dalla riforma sanitaria (par. 2), e se possa rappresentare oggi un obiettivo perseguibile, nella temperie pandemica e a fronte dei conseguenti interventi dell'Ue (par. 3). Conclusivamente si osserverà come il mutare delle condizioni sociali, economiche e finanziarie che siamo chiamati a vivere non comporta affatto che l'equità in sanità sia destinata a cadere nell'oblio; richiede piuttosto la costante ricerca degli strumenti più adatti a realizzarla, tenendo sempre fermo l'obiettivo di lungo periodo di fare dell'Italia un paese più equo, anche in ambito sanitario (par. 4).

2. Il tortuoso cammino verso l'equità del Ssn

Tracce d'iniquità sanitaria sembrano tuttora presenti nel nostro paese, alla luce di alcuni dati che paiono sintomi di tale patologia. Così, ad esempio, l'aspettativa di vita risulta significativamente correlata sia al titolo di studio¹² sia alla Regione di residenza¹³. D'altra parte, le disegualianze in discorso sono presenti anche all'interno della stessa Regione e financo della medesima realtà locale¹⁴. Potrebbe dirsi, più in generale, che le disegualianze socioeconomiche tendono a tradursi comunque in un certo grado d'iniquità sanitaria che limita l'opportunità di ciascuno «di realizzare pienamente il proprio potenziale di salute»¹⁵, in quanto «le persone più svantaggiate dal punto di vista socio-economico hanno maggiore probabilità di sviluppare esiti negativi, se esposti ai fattori di rischio per la salute»¹⁶.

¹² Si tratta dell'«indicatore di posizione sociale più disponibile e affidabile» che rivela come l'aspettativa di vita cresce al crescere del livello di istruzione (MINISTERO PER LA SALUTE, *L'Italia per l'equità nella salute*, Roma, 2017, p. 9).

¹³ Così nel 2020 le speranze di vita alla nascita andavano: per gli uomini, da 78,2 anni e 78,4 anni in Valle d'Aosta e in Campania a 80,9 anni e 81,1 anni in Toscana e in Umbria; per le donne, da 83,3 anni in Campania e Valle d'Aosta a 85,2 anni e 85,6 anni in Toscana e in Umbria. Può osservarsi come i dati ora riportati siano condizionati dalla pandemia da Covid-19 e dalla sua disomogenea distribuzione nel nostro paese. Così nel 2019, in uno scenario pre-pandemico, le speranze di vita risultavano: massime in Trentino-Alto Adige e in Umbria e minime in Campania (per gli uomini); massime in Trentino-Alto Adige e minime in Campania (per le donne). I dati qui riportati sono tratti dal sito internet *www.istat.it* (26 gennaio 2021).

¹⁴ Così «a Torino, ad esempio, un uomo che attraversa la città, dalla collina alto borghese (a elevato reddito) alla barriera operaia nel nordovest (a basso reddito), vede ridursi l'aspettativa di vita di 6 mesi per ogni chilometro percorso» (MINISTERO PER LA SALUTE, *L'Italia per l'equità*, cit., p. 8).

¹⁵ Vedi *supra* nt. 4.

¹⁶ A. ROSANO, *L'equità nel sistema sanitario: evidenze epidemiologiche e possibili interventi*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, p. 60.

A fronte delle constatazioni ora proposte può rammentarsi come il cammino verso l'equità sanitaria del Ssn sia stato tutt'altro che lineare: le vicende dell'attuazione, per il suo tramite, dell'art. 32 Cost., sono state costellate da resistenze che hanno costantemente accompagnato gli snodi più significativi della storia del Ssn.

Così, in occasione del primo riordino del Ssn, previsto dalla riforma *bis* (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), alla regionalizzazione e all'aziendalizzazione si accompagna la previsione di «Forme differenziate di assistenza» (così la rubrica dell'art. 9), miranti a dar vita a una sanità «a doppio pilastro»¹⁷, caratterizzata da «modelli assistenziali a matrice privatistica diversificati»¹⁸, presenti accanto al modello di erogazione indifferenziata delle prestazioni sanitarie verso (non più l'universalità, ma) la restante parte degli assistiti. È ben vero che tale previsione – di per sé in grado di compromettere l'equità sanitaria, superando l'universalità del Ssn – viene ben presto superata, in quanto abrogata dal decreto correttivo (decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517)¹⁹, non per nulla qualificato in termini di riforma *ter*, proprio per evidenziarne l'alterità culturale rispetto alla riforma *bis*, sebbene derivino dalla medesima legge delega (legge 23 ottobre 1992, n. 421)²⁰. Peraltro, a sua volta il d.lgs n. 517 del 1993 introduce l'art. 9-*bis* e con esso le «Sperimentazioni gestionali»; ora, tale disciplina, a seguito della novella apportata dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, permette una «piena regionalizzazione delle sperimentazioni gestionali»²¹, in quanto, da un lato, rimette alla singola Regione il potere decisionale relativamente ai programmi di sperimentazione gestionale (testo vigente dell'art. 9-*bis*, co. 1 e co. 2 d.lgs. n. 502 del 1992), e, dall'altro, espunge dal novero dei principi fondamentali la disciplina dettata dal menzionato art. 9-*bis* (testo vigente dell'art. 19, co. 2-*bis* d.lgs. n. 502), ridotta così a cedevole dettaglio rispetto agli interventi del legislatore regionale. Il che ha consentito alla Regione Lombardia di edificare (dapprima con legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, quindi con quella 11 agosto 2015, n. 23), per il tramite delle sperimentazioni gestionali, il cosiddetto «modello lombardo», vale a dire un sistema sanitario regionale fondato sull'equiparazione tra produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie; perciò stesso, tendente a fuoriuscire dai principi «strettamente coesenziali all'esistenza di un Servizio sanitario nazionale»²².

¹⁷ R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale del nuovo Ssn tra Stato e Regioni?*, in *L'Arco di Giano*, Estate 2021, p. 16, nt. 9.

¹⁸ B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in questa *Rivista*, 3, 2018, p. 562.

¹⁹ Più specificamente, il d.lgs. n. 517 del 1993 introduce un nuovo testo dell'art. 9, relativo – come indica la sua rubrica – alle «Forme integrative di assistenza sanitaria; «integrative», appunto, non più «differenziate» (e probabilmente sostitutive).

²⁰ Si veda, sin dalla titolazione, A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità, Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio*, cit., spec. pp. 281-283.

²¹ E. MENICETTI, *Le sperimentazioni gestionali*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto*, cit., p. 290.

²² R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in *Quaderni Formez*, 41, *Il governo della salute, Regionalismi e diritti di cittadinanza*, 2005, pp. 26-27.

Il «modello lombardo» sembra così favorire un indebolimento, dal punto di vista territoriale, dell'universalità del Ssn (e dunque, potrebbe dirsi, della complessiva equità sanitaria che il Servizio è in grado di generare) mediante una regionalizzazione talmente spinta da dar vita a un sistema sanitario regionale ad esso tendenzialmente estraneo. Si tratta di una logica percepibile in filigrana nelle proposte di differenziazione regionale *ex art. 116, co. 3 Cost.* in ambito sanitario, con particolare riferimento a quelle più definite (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto), non a caso prevalentemente riconducibili al medesimo contesto geografico e culturale dove si è sviluppato il «modello lombardo»²³. Al riguardo, si rammenti come gli atti prodromici (accordi preliminari e bozze di intesa)²⁴ ai procedimenti di differenziazione *ex art. 116, co. 3* riguardanti le Regioni in discorso permettano di tratteggiare una sanità regionale differenziata nella quale all'allentamento dei vincoli statali alla spesa sanitaria regionale²⁵ corrispondono forme di autofinanziamento del Servizio sanitario regionale, mediante l'«utilizzo, eventualmente anche congiunto» della «compartecipazione al gettito maturato nel territorio regionale dell'imposta sui redditi delle persone fisiche e di eventuali altri tributi erariali» e ad «aliquote riservate (...) sulla base imponibile dei medesimi tributi riferibile al territorio regionale» (art. 5, co. 2 bozze di intesa). A risentirne sarebbe, nuovamente, l'universalità del Ssn, sia in senso territoriale²⁶, anche in ragione del probabile corrispondente definanziamento dei territori con minore capacità fiscale per abitante, sia con riferimento, nelle sanità differenziate, alla (nuovamente)²⁷ «possibile costruzione di un sistema “a doppio pilastro” assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato»; si determinerebbe così «l'aumento delle diseguaglianze e delle iniquità»²⁸, con buona pace dell'obiettivo costituzionale dell'equità sanitaria.

L'obiettivo di introdurre un sistema sanitario «a doppio pilastro», indebolendo così significativamente il Ssn, è stato tenacemente perseguito, durante gli anni Novanta del secolo

²³ Sugli elementi di continuità riscontrabili al riguardo si veda L. CHIEFFI, *La tutela del diritto*, cit., p. 7.

²⁴ Si fa riferimento agli accordi preliminari, stipulati rispettivamente da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto con lo Stato il 28 febbraio 2018, al termine della XVII legislatura repubblicana, e, nella XVIII legislatura, alle corrispondenti successive bozze di intesa fra lo Stato e ciascuna di tali Regioni, nella prima versione, del 25 febbraio 2019, e in quella seguente, del 15 maggio 2019, «che recepisce le indicazioni dei Ministeri». Si vedano i testi degli accordi preliminari al sito internet www.affariregionali.it e quelli delle bozze di intesa al sito internet www.roars.it.

²⁵ Così all'art. 1 dell'allegato «Salute» ai tre accordi preliminari può leggersi che alla Regione venga «attribuita, quale misura essenziale per il funzionamento dell'assetto organizzativo delle strutture sanitarie, una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare [ma non esclusivo] riguardo alle politiche di gestione del personale»; previsione ripresa e specificata nelle successive bozze di intesa.

²⁶ Evidenzia come «le richieste di autonomia differenziata delle tre Regioni con residui fiscali più alti appaiono non solo tutt'altro che neutrali rispetto alla perequazione, ma anche non desiderabili sul piano della tutela dell'uniformità dei diritti» (F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi.it*, 15, 2019, p. 18).

²⁷ Vedi *supra* nt. 17.

²⁸ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2019, p. 12.

scorso, anche da un'altra area culturale, *per aliam viam*, vale a dire avvalendosi dell'istituto del *referendum* abrogativo: in meno di dieci anni, ben tre richieste referendarie vennero presentate da esponenti del Partito radicale per abrogare parzialmente l'art. 63 legge n. 833 del 1978, al fine di «rendere possibile l'adempimento dell'obbligo di assicurazione contro le malattie, che permarrebbe, mediante la scelta di una assicurazione privata in alternativa al Servizio sanitario nazionale, cui verrebbe sottratta la esclusiva titolarità del rapporto assicurativo»²⁹. La circostanza che i tre quesiti referendari in discorso non furono mai sottoposti al corpo elettorale (in quanto condivisibilmente reputati inammissibili dalla Corte costituzionale, rispettivamente con sent. n. 2 del 1995, sent. n. 39 del 1997 e sent. n. 43 del 2000) non impedisce di includerli nelle manifestazioni di ostilità verso l'universalismo del Ssn e il suo cammino verso l'equità sanitaria.

La volontà di contenere il ruolo del Ssn, stavolta intaccando (non tanto l'universalità, quanto) la globalità delle prestazioni da esso assicurate, sembra percepibile anche in talune letture, ripetutamente proposte durante gli anni Novanta, dei «livelli uniformi di assistenza sanitaria», previsti dall'art. 1 d.lgs. n. 502 del 1992, nel testo allora vigente. Si tratta di letture agevolate dalle ambiguità riscontrabili sia nel testo della legge delega per la «razionalizzazione» della disciplina in materia sanitaria sia in quello dei decreti legislativi adottati in base ad essa. Così, da un lato, la legge n. 421 del 1992, all'art. 1, co. 1, lett. g, con riferimento ai livelli di assistenza, ragiona di «individuazione della soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini», «in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria»; dall'altro, ai sensi dell'art. 1, co. 1 d.lgs. n. 502 del 1992, i livelli di assistenza sono definiti «in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al Ssn», secondo una previsione confermata dal decreto correttivo (d.lgs. n. 517 del 1993). Sulla scorta di tali disposizioni, i livelli in discorso sono stati talora interpretati come «minimi», vale a dire «condizionati dalla capacità finanziaria del sistema erogatore di servizi»³⁰, tenuto ad assicurarsi soltanto nei limiti di quest'ultima. È solo alla fine del decennio che il legislatore supera definitivamente le accennate ambiguità, riaffermando il carattere globale delle prestazioni assicurate dal Ssn: i livelli di assistenza vengono espressamente qualificati «essenziali» (quindi necessari e appropriati)³¹ mentre, nella stessa direzione, si precisa che «le risorse finanziarie per la sanità non costituiscono un vincolo *a priori* nella determinazione dei livelli ma vengono individuate “contestualmente” ad essi»³², secondo la novella apportata dalla riforma *qua-*

²⁹ Così riassume l'intenzione dei promotori la sent. n. 43 del 2000, al punto 3. *in diritto*, con considerazioni applicabili anche alle due precedenti richieste referendarie, rispettivamente oggetto della sent. n. 2 del 1995 e della sent. n. 39 del 1997 (vedi *infra* nel testo).

³⁰ Così, criticamente, E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 6, 2001, p. 1109.

³¹ R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale*, cit., 16.

³² R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, p. 60. Viene così «abbandonata la pericolosa tendenza a funzionalizzare il *quantum* di salute domandato dalla

ter (decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229)³³ all'art. 1, co. 3 d.lgs. n. 502. La scelta del legislatore viene da lì a poco notoriamente ripresa dal revisore costituzionale (legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) che la estende alla generalità dei «diritti civili e sociali», cristallizzandola all'art. 117, co. 2, lett. *m* Cost. Al riguardo, può osservarsi come il grado costituzionale ben si addica alla scelta a favore dell'essenzialità dei livelli delle prestazioni, in quanto essa è in grado di «qualificare i tratti essenziali della forma di Stato e le sue caratteristiche di garanzia dei diritti sino al massimo livello di tutela della dignità umana»³⁴. Le vicende, sinora brevemente ricostruite, dei molteplici tentativi di indebolire l'universalità e la globalità del Ssn paiono confermare che il suo cammino verso l'equità sanitaria non sia stato ostacolato dalla sua regionalizzazione e dalla sua aziendalizzazione³⁵, congiuntamente realizzate a partire dalla «razionalizzazione» del 1992, ma da forme estremizzate di applicazione dell'una e/o dell'altra: quando la regionalizzazione viene enfatizzata al punto da far intravedere la fuoriuscita del sistema sanitario regionale dal Ssn; o quando dall'aziendalizzazione interna al Ssn viene arbitrariamente desunto un orientamento favorevole alla privatizzazione complessiva della sanità, tale da valorizzare quella privata, rendendo così marginale la sanità pubblica, quanto a utenza e/o quanto a prestazioni erogate. Forme estremizzate che peraltro gli interventi legislativi che si sono esaminati sono riusciti a contenere, confermando, con il d.lgs. n. 229 del 1999, una disciplina del Ssn in grado di «riproporre, in una versione razionalizzata, la cultura, le finalità e le idealità proprie della riforma del 1978»³⁶, sussumibili nell'attuazione dell'art. 32 Cost. Non per nulla, il testo dell'art. 1, co. 1 d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dal d.lgs. n. 299 del 1999, ricalca quello dell'art. 1, co. 1 legge n. 833 del 1978³⁷. Più in generale, «va ribadito come una semplice lettura dei testi normativi in esame dimostri come il d.lgs. n. 229 del 1999 ponga una riaffermazione dei principi della legge n. 833 del 1978 (e dunque una piena tutela del diritto alla salute *ex art. 32 Cost.*) sia pure all'interno di quelle scelte organizzative (...) fondate

collettività ai vincoli di bilancio» (L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo, Profili di diritto interno e comparato*, Milano-Roma, 2005, p. 32).

³³ Si veda F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in questa *Rivista*, 3, 2018, p. 585.

³⁴ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in *La politica economica tra mercati e regole, Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, 2005, p. 63. Al riguardo, si rammenti che la giurisprudenza costituzionale rimarca come la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (*ex art. 117, co. 2, lett. m Cost.*) sia volta ad «assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti» (sent. n. 282 del 2002, punto 3. *in diritto*).

³⁵ Così, invece, C. IANNELLO, *Servizio sanitario nazionale e Sars-Cov-2: note critiche sulle politiche di promozione della concorrenza nella sanità*, in *BioLaw Journal*, 4, 2021, p. 67, che tuttavia su alcuni profili distingue il d.lgs. n. 517 e il d.lgs. n. 229 dal d.lgs. n. 502 (*ivi*, p. 68).

³⁶ S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità, Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015, p. 124

³⁷ Rispettivamente: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Ssn» (1978) e «La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Ssn» (1999). Al riguardo, si veda L. VANDELLI, *Commento all'art. 1*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, p. 42.

sulla aziendalizzazione e sul ruolo delle Regioni»³⁸; riaffermazione riscontrabile anche nella successiva, e quinta, riforma sanitaria, vale a dire nel decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

3. Il Ssn tra crisi finanziaria e crisi pandemica

Fatte salve alcune deviazioni dalla logica universale e globale del servizio sanitario (peraltro in larga parte rientrate)³⁹, non sembrano essere le caratteristiche strutturali del Ssn, quali si sono consolidate alla fine degli anni Novanta, ad aver ostacolato il suo cammino verso l'equità sanitaria. A ben vedere, la regionalizzazione e l'aziendalizzazione erano volute ad aumentare l'efficienza del Ssn, a parità di risorse disponibili, nella consapevolezza, acuita dalla crisi finanziaria dell'inizio degli anni Novanta, che queste ultime non avrebbero potuto crescere indefinitamente. Com'è noto, ben lungi dall'essere interessate da una costante crescita, le risorse finanziarie destinate alla sanità pubblica italiana sono state significativamente ridotte, in ragione di dinamiche in larga misura indipendenti sia dalla regionalizzazione sia dall'aziendalizzazione. A ben vedere, l'una e l'altra appaiono come semplici comparse (o al massimo, a tutto voler concedere, come defilati deuteragonisti) nella rappresentazione del processo di allontanamento del Ssn dall'obbiettivo dell'equità sanitaria, il cui vero protagonista è il costante sottofinanziamento del Servizio sanitario, che lo accompagna per almeno un decennio⁴⁰. Così tra il 2009 e il 2019 la percentuale del prodotto interno lordo destinata nel nostro Paese alla spesa sanitaria pubblica subisce una costante diminuzione, in quanto quest'ultima cresce a un tasso inferiore a quello dell'inflazione; di conseguenza, «in termini reali la spesa sanitaria *pro capite* a prezzi costanti è passata così da 1.893 a 1.746 euro con una riduzione media annua di 8 decimi di punto»⁴¹. Il sottofinanziamento del Ssn è stato quindi il risultato di «politiche di tagli e restrizioni praticate in nome dell'austerità»⁴², rivelatrici di un approccio non privo di venature ideologiche di stampo neoliberista⁴³. A un risultato di tal fatta hanno pesantemente contribuito le misure restrittive imposte dall'Unione europea agli Stati membri per fronteggiare la crisi

³⁸ F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn*, cit., p. 589.

³⁹ Come si è visto *supra*, nel paragrafo precedente.

⁴⁰ Invita condivisibilmente a «non pensare che la radice delle disfunzioni [del Ssn sia] la regionalizzazione conseguente ai decreti di riordino del 1992-1993» R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia*, Milestones per un confronto, in *BioLaw Journal*, 4, 2021, p. 54.

⁴¹ A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia, Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, p. 387.

⁴² S. NERI, *Quando i nodi vengono al pettine, La sanità italiana nella pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2020, p. 231.

⁴³ Ragiona di «travolgente deriva neoliberista di origine globale e europea» L. CHIEFFI, *Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal Recovery Fund per il rilancio dei welfare sanitari*, in *BioLaw Journal*, 4, 2021, p. 3.

finanziaria mondiale del 2007-2008⁴⁴ che non a caso precede immediatamente il decennio di riduzione delle risorse destinate alla sanità pubblica italiana (2009-2019). Così, in quegli anni «la stabilità finanziaria, l'austerità e la competitività sono state elevate a unici obiettivi delle politiche economiche e occupazionali europee»⁴⁵. Più specificamente, le misure in discorso si basano sul Patto di stabilità e crescita (1997)⁴⁶ che si richiama, fra l'altro, all'art. 126 TFUE, il cui par. 1 lapidariamente prevede che «gli Stati membri devono evitare disavanzi pubblici eccessivi».

Va sottolineato come il sottofinanziamento del Ssn non fosse volto a efficientarlo, consentendogli di garantire le stesse prestazioni sanitarie a costi complessivi inferiori; piuttosto la costante riduzione dei finanziamenti costituiva una risposta ideologicamente orientata alla crisi finanziaria che si reputava di poter affrontare semplicemente attraverso tagli alla spesa pubblica, nella specie sanitaria⁴⁷. In conseguenza di un prolungato sottofinanziamento con le caratteristiche ora accennate, il Ssn arriva particolarmente stremato all'inatteso e tragico appuntamento con il Covid-19. Potrebbe dirsi che i nodi (del sottofinanziamento del Ssn) sono venuti al pettine (della pandemia)⁴⁸.

La pandemia impatta in modo particolarmente violento sull'Unione europea in genere e soprattutto, nella specie, sul nostro Paese, la cui vita sociale ed economica sembra bloccarsi quasi completamente per lunghi mesi, mentre si impenna il tasso di mortalità. In simili frangenti, muta radicalmente nella coscienza collettiva il modo di guardare alla sanità pubblica e dunque alla spesa per finanziarla, in quanto l'una e l'altra appaiono un possibile argine al dilagare della pandemia. Così, la spesa sanitaria pubblica – già scandalo per i rigoristi frugali e stoltezza per i neoliberalisti – viene a godere improvvisamente di una nuova e inattesa popolarità. Tale mutato orientamento, diffuso negli Stati dell'Ue, non tarda a manifestarsi anche nelle istituzioni europee⁴⁹: viene riscoperto l'art. 168 TFUE che, al par. 1, garantisce «un elevato livello di protezione della salute umana» nelle politiche e nelle attività dell'Unione, la cui azione «si indirizza al miglioramento della sanità pubblica». Si tratta di un'indicazione assai difficilmente conciliabile con gli orientamenti del Patto di stabilità e crescita, che, non a caso, viene sostanzialmente sospeso nel marzo 2020, ricorrendo alla sua clausola generale di salvaguardia, in quanto «l'entità dello sforzo di bilancio necessario per proteggere i cittadini e le imprese europei dalle conseguenze di questa

⁴⁴ Si veda L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, nel presente fascicolo di questa *Rivista*.

⁴⁵ S. CECCHINI, *L'Europa aspira a diventare uno Stato sociale?*, in *Rivista AIC*, 4, 2021, p. 110.

⁴⁶ Patto di stabilità e crescita definito nella risoluzione del Consiglio europeo adottata il 17 giugno 1997 e precisato nei suoi profili tecnici da due regolamenti (Ce) del Consiglio del 7 luglio 1997 (nn. 1466 e 1467).

⁴⁷ Vedi A. PIOGGIA, *La sanità italiana*, cit., p. 389 e G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, nel presente fascicolo di questa *Rivista*.

⁴⁸ Così, sin dal titolo, S. NERI, *Quando i nodi*, cit., p. 231.

⁴⁹ Vedi L. CHIEFFI, *Una nuova stagione*, cit., p. 5 e B. PEZZINI, *Equità nell'intersezione di sesso, genere e salute*, nel presente fascicolo di questa *Rivista*.

crisi e per sostenere l'economia dopo la pandemia richiede l'utilizzo di una flessibilità più ampia». Per quel che qui maggiormente interessa, l'ora accennato allentamento dei vincoli a livello europeo è volto a consentire agli Stati dell'Unione di adottare «misure di bilancio e ulteriori provvedimenti (...) per aumentare la capacità dei sistemi sanitari» pubblici⁵⁰. L'Unione europea peraltro non si limita ad allentare i vincoli posti alla spesa pubblica statale dal Patto di stabilità e crescita; vengono anche previsti, parallelamente, massicci interventi finanziari, in base alla considerazione che «la crisi Covid-19 ha (...) messo in luce l'importanza delle riforme e degli investimenti nella sanità»⁵¹: il regolamento (Ue) del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, n. 241 istituisce così il «dispositivo per la ripresa e la resilienza» (art. 1), nell'ambito del quale sono stanziati ingenti risorse a favore degli Stati membri, sia mediante contributi («sostegno finanziario non rimborsabile», *ex art. 6, co. 1, lett. a*) sia attraverso prestiti (alla successiva *lett. b*)⁵². Per accedere ai contributi, ogni Stato membro è tenuto a presentare alla Commissione un proprio «Piano per la ripresa e la resilienza» (art. 18) contenente, *ex co. 4, lett. a*, «una spiegazione del modo in cui, considerate le misure in esso contenute, il Piano per la ripresa e la resilienza rappresenta una risposta completa e adeguatamente equilibrata alla situazione socioeconomica dello Stato membro e contribuisce pertanto in modo appropriato a tutti i pilastri» indicati all'art. 3 del regolamento in discorso; pilastri nei quali rientra appunto la «salute» (*lett. e*).

4. Considerazioni conclusive

Va rimarcato l'ora brevemente descritto mutamento registratosi negli orientamenti e nelle conseguenti politiche dell'Ue: lungi dal chiedere, come in un recente passato, di ridurre la spesa pubblica, anche sanitaria, l'Unione la finanzia piuttosto generosamente, percepandola, può reputarsi, come una delle strade da percorrere per uscire dalla crisi pandemica. Tanto è vero che si è giunti a chiedersi se oggi l'Ue aspiri a diventare uno Stato sociale⁵³. Ma se, sulla spinta della crisi pandemica, la stessa Unione europea, tradizionalmente assai lontana dal modello dello Stato sociale, pare propensa ad avvicinarsi, *a fortiori* il nostro Paese sembra oggi chiamato a muoversi in tale direzione, anche e soprattutto in ambito sanitario. È agevole constatare come l'Europa oggi non ci chieda (più) di indebolire il *welfare* per contenere la spesa pubblica attraverso tagli lineari. Non sembrano quindi

⁵⁰ *Comunicazione della Commissione al Consiglio sull'attivazione della clausola di salvaguardia generale del Patto di stabilità e crescita*, Bruxelles, 20 marzo 2020, al sito internet www.eur-lex.europa.eu.

⁵¹ Così il *considerando* n. 15 del regolamento (Ue) poco oltre citato nel testo.

⁵² Si tratta rispettivamente: di 312 miliardi e mezzo di euro per la prima voce; di 360 miliardi per la seconda. Si rammenti che l'Italia è lo Stato componente l'Ue cui viene destinata la percentuale più elevata dei contributi finanziari (si veda l'allegato IV al regolamento in discorso).

⁵³ Così, *sin dal titolo*, S. CECCHINI, *L'Europa aspira a diventare*, cit., p. 103.

esserci più alibi di matrice europea che impediscono di ritornare a costruire uno Stato sociale nel nostro Paese; in particolare, per quel che qui maggiormente interessa, può essere nuovamente perseguito l'obiettivo dell'equità sanitaria, attuando l'art. 32 Cost. per il tramite del Servizio sanitario nazionale. Il cammino dell'Italia in tale direzione è stato infatti certamente rallentato e probabilmente interrotto dal costante sottofinanziamento del Ssn. Il rinnovato finanziamento di quest'ultimo potrà rendere nuovamente traguardabile l'obiettivo dell'equità sanitaria.

Tuttavia, non si tratta semplicemente di rifinanziare ciò che è stato defianziato. La tragica esperienza pandemica ha messo in evidenza i punti di forza e soprattutto di debolezza del Ssn⁵⁴. Occorre naturalmente intervenire sui secondi, agevolmente identificabili, fra l'altro, nella medicina generale e nella medicina territoriale (cui si connette l'irrisolta questione dell'integrazione socio-sanitaria)⁵⁵. Con riferimento ad esse, possono essere utilmente ripresi gli orientamenti tracciati dalla riforma sanitaria del 2012, (ri)collocando il Ssn e le sue risorse nell'alveo dei principi della legge n. 833 del 1978⁵⁶. In tal modo, ci si incamminerà nuovamente verso l'equità sanitaria, pur nella consapevolezza che essa non deriva soltanto da un'appropriata disciplina e da un finanziamento adeguato del Servizio sanitario nazionale; è noto, infatti, come le diseguaglianze di salute si riducano in «una società che presenti disuguaglianze di reddito e di istruzione più contenute»⁵⁷. Lo specifico obiettivo dell'equità sanitaria viene così collocato in quello, più generale e a ben vedere assai più impegnativo, di una società meno diseguale.

⁵⁴ Così «l'irrompere della crisi epidemiologica ha rappresentato come una sorta di lente di ingrandimento delle inadeguatezze strutturali, oltre che funzionali, in grado di intaccare profondamente la vocazione universalistica del nostro Servizio sanitario nazionale» (L. CHIEFFI, *Una nuova stagione*, cit., p. 4).

⁵⁵ Si veda R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute*, cit., pp. 48-50.

⁵⁶ Vedi *supra* par. 2.

⁵⁷ A. ROSANO, *L'equità nel sistema sanitario*, cit., p. 63. *Adde amplius supra* par. 2.

