

I quotidiani allarmi sulla sanità italiana e il rischio di perdersi negli annunci e nei dettagli, rimuovendo l'essenziale

Renato Balduzzi

1. Il numero 1-2/2026 di *Corti Supreme e Salute* si presenta come una sorta di *summa* delle principali questioni che ruotano attorno al pianeta salute e, pertanto, si rende necessario investigare se e in quale misura tale varietà possa essere ridotta ad alcuni assunti generali di base, così da svolgere sino in fondo uno dei compiti fondamentali di una rivista scientifica (individuare gli oggetti e ricercarne un'alterità di lettura).

Più in particolare, i contributi raccolti in questo numero sono generalmente unificati dall'essere concentrati attorno ai profili essenziali del diritto costituzionale della salute e della connessa organizzazione sanitaria. Pur non mancando, in alcuni di essi, riferimenti ad altri ordinamenti e specificamente ai profili di intersecazione con l'auspicabile rafforzamento di quella che nel dibattito politico e scientifico si è preso l'abitudine di chiamare, soprattutto dopo lo scoppio della pandemia da CoVid-19, con l'espressione di Unione europea della salute, lo sfondo delle riflessioni ivi raccolte è costituito dal sistema sanitario italiano¹.

Il "cuore" di questo fascicolo² sta nella sezione speciale avente per oggetto la pubblicazione di alcuni degli interventi svolti alla Giornata nazionale di Castelfranco Emilia del 29 maggio 2025, significativamente intitolata *La Casa della comunità presa sul serio*.

¹ Sui rapporti tra profili nazionali e profili eurounitari in tema di sanità e salute, v. gli scritti apparsi in *Corti Supreme e Salute* negli anni 2021-2022 (per uno sguardo d'insieme, v. R. BALDUZZI, *Più "Europa" nella sanità italiana, più Italia nella sanità "europea"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 1, pp. 3-7). Vorrei ora sottolineare l'importanza della pubblicazione, nella sezione *Dibattiti* di questo fascicolo, del contributo di S. GALLINA (*Commento alla 79.a World Health Assembly*), relativo alla recente Assemblea generale di Ginevra dell'OMS: un punto di vista dall'interno della Commissione, che aiuta a cogliere meglio alcuni dei nodi che si presentano anche sul piano nazionale.

² Da non trascurare, tuttavia, le altre due sezioni speciali. In primo luogo, la pubblicazione delle principali relazioni svolte al Convegno finale del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia" (p.i. chi scrive). Degna di menzione è anche l'ultima sezione speciale, dedicata al progetto di ricerca avente

La Giornata³ è nata dalla preoccupazione che quella delle Case della comunità stia diventando una (ennesima) occasione perduta. Sembra un fraseggiare comune, ma purtroppo è proprio così, e nel caso della sanità non sarebbe la prima volta, neppure per quanto riguarda l'assistenza territoriale. Basti ricordare la proposta, che veniva dal governo centrale nel 2006-2007, relativa alle Case della salute, la quale, come noto, è stata debolmente recepita in sede regionale. Tranne pochissime regioni, che hanno cercato di metterla a sistema, in alcuni casi si è cambiato il nome di qualche poliambulatorio e in molti altri neppure questo⁴. In generale, non si è risposto alla sfida implicita nella figura delle Case della salute, quella cioè di riuscire a tenere insieme il profilo delle cure sanitarie con quelli dell'assistenza sociale e della presa in carico in senso lato. Oggi rischiamo un epilogo simile, nonostante le ingenti risorse stanziare dall'Unione europea e confluite nel Piano nazionale di ripresa e resilienza e nel Piano nazionale per gli investimenti complementari al Pnrr. Per molto tempo, c'è addirittura stato (e forse qualcuno ancora ripete questo *mantra*) chi si chiedeva se le Case della comunità siano dei semplici muri, edifici destinati a rimanere vuoti: una domanda, a tutta evidenza, frutto di scarsa conoscenza o di volontà di non prendere sul serio la sfida del d.m. 77/2022, o di entrambe le cause.

2. Quella delle Case della comunità è una storia al tempo stesso recente e remota. È recente perché la denominazione appare a livello ufficiale negli ultimi anni (nel programma di governo dell'esecutivo formato nel febbraio 2021, presieduto da Mario Draghi) e trova il proprio antecedente sostanziale in una disposizione normativa introdotta in un decreto-legge adottato in piena pandemia, il n. 34 del 2020⁵. L'art. 1, comma 4-*bis* di quel decreto-legge (inserito dunque in sede di conversione in legge) prevedeva la sperimentazione di strutture di prossimità, al fine di assicurare la piena integrazione sociosanitaria⁶. Le risorse appostate erano modeste: eravamo prima del Next Generation EU e quindi dello straordinario impegno dell'Unione europea a favore del contrasto alla pandemia, e a favore di quei Paesi che ne stavano pagando lo scotto più pesante, *in primis* il nostro. Tuttavia, c'era già l'idea, anche se non ancora la parola, di costruire un assetto della risposta territoriale in sanità, in grado non di attendere il bisogno quando si presenta, ma di anticipare

per oggetto *L'impatto dei test genetici prenatali sulla garanzia del diritto alla salute nel Servizio sanitario nazionale* (responsabile scientifico prof. D. Servetti).

³ Promossa dal Centro di ricerca "Laboratorio sulla sanità territoriale" (LaboST) dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, in collaborazione con la Società italiana di diritto sanitario e con la rivista *Corti Supreme e Salute*,

⁴ Si v. A. BRAMBILLA, G. MACIOCCO, *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci, 2022.

⁵ L'espressione viene menzionata la prima volta in F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3.

⁶ Ricorda opportunamente tale precedente D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-online*, 2022, n. 5, p. 167.

il bisogno e di prendere in carico l'ammalato, di comprenderne la situazione non soltanto sanitaria ma sociale, specie quella del malato fragile, del malato cronico⁷.

È remota, perché risale a prima della legge n. 833/1978. Nell'agosto 1974 fu presentato, dal Governo (ministro della sanità Vittorino Colombo), il disegno di legge Atto Camera n. 3207, VI legislatura, che poi nella legislatura successiva sarebbe diventato, grazie all'impegno dei ministri della sanità e in particolare di Tina Anselmi, oltre che di Giovanni Berlinguer (ma anche, è sottolineato di rado, di Giulio Andreotti, in quel momento presidente del Consiglio dei ministri), la legge n. 833 del 1978. La relazione illustrativa, molto curata⁸, individuava quale principio fondamentale della riforma la globalità degli interventi, e dunque "l'intimo collegamento dei servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione"; prima ancora della universalità, gli autori della 833⁹ avevano chiaro che alla base di quella riforma c'era proprio l'unitarietà della risposta al bisogno sanitario. C'era l'ospedale e c'era il territorio, c'era la cura e conseguentemente la riabilitazione, ma c'era prima ancora la prevenzione.

Già nel 1977, Elio Guzzanti aveva sottolineato l'intreccio tra prevenzione e assistenza, disegnando la figura del nuovo medico di medicina generale, "operante in centri di sanità o case della salute", dove collabora con altri colleghi e pertanto non solo aiuta i suoi assistiti a percorrere le strade della prevenzione primaria (adeguati stili di vita, ecc.), ma favorisce la prevenzione secondaria (screening, ecc.)¹⁰. Dunque, non partivamo da zero.

Il d.m. 77/2022 e il Piano nazionale di ripresa e resilienza sono andati oltre il modello della Casa della salute. Come avevo osservato già nella primavera 2022, la Casa della comunità non può essere riduttivamente colta come una mera rivisitazione di quest'ultima, ma trae da tale esperienza le lezioni per non ripeterne le insufficienze, e ciò anche alla luce del precedente diretto e immediato costituito dalle "strutture di prossimità" previste dall'art. 1, co. 4-bis del d.l. n. 34/2020¹¹. In particolare, il genitivo possessivo qui esprime una più forte imputazione e integrazione tra le persone dimoranti in un determinato luogo e l'organizzazione integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, così da rendere biunivoco il rapporto tra bisogno e servizio (non più soltanto il bisogno sanitario che va al servizio, ma il servizio che va al bisogno, soprattutto quando questo presenta caratteri di fragilità-

⁷ Ho richiamato l'attenzione su questa disposizione già in 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*, 2020, n. 2, pp. 339-357, e successivamente in Id., *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 2, pp. 461-473.

⁸ Una relazione illustrativa che permetteva di comprendere il senso e la portata dell'articolato: non come sarebbe capitato dopo, anche in sanità e anche in tempi recenti, quando per capire la relazione illustrativa devi guardare con attenzione l'articolato...

⁹ Una legge «vanto della Repubblica», come si esprime nel messaggio agli italiani del 31 dicembre 2018 italiani il presidente della Repubblica Sergio Mattarella (in www.quirinale.it).

¹⁰ E. GUZZANTI, *La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio. Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia"*, Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1977.

¹¹ Sul termine "prossimità", si vedano le acute notazioni di S. Nuti, in questo *fascicolo*.

cronicità), e dare contenuto effettivo alla cosiddetta presa in carico. In tale prospettiva, “comunità” non è sinonimo di “salute”, e pertanto anche le regioni “virtuose” (quelle, poche, che hanno implementato il modello delle Case della salute) dovrebbero perfezionare il proprio modello di sottorete territoriale¹². Si comprende bene allora il diverso significato che la parola “comunità” ha nell’espressione “Casa della comunità” rispetto al significato che viene ad avere nell’espressione “Ospedali di comunità”, dove evoca la mera prossimità, nel senso di porsi quale snodo intermedio tra il ricovero ospedaliero e il ritorno a casa.

3. La Giornata di Castelfranco Emilia ha prodotto cinque proposte.

La prima, come già accennato, implica un “non fare”: evitare cioè di riproporre l’immagine delle Case della comunità come cattedrali del deserto. Se c’è un deserto, oggi è proprio quello dell’insufficienza dell’assistenza primaria, a causa principalmente non della carenza di personale, ma della sua cattiva organizzazione o del ridotto collegamento di alcune categorie di personale con la rete sanitaria¹³.

La seconda proposta, in positivo, è quella che vede nella Casa della comunità “hub” lo sviluppo di quelle “unità complesse di cure primarie”, che non sono mai riuscite ad andare oltre il richiamo in una convenzione o in una legge. Eppure, è proprio ciò che da quasi cinquant’anni (la già ricordata citazione di Guzzanti lo conferma) viene suggerito dai principali esperti sul tema.

La terza proposta concerne le Case della comunità c.d. “spoke”, cioè il primo livello di contatto con il sistema dell’assistenza. Sul punto, è importante attuare il recente Accordo collettivo nazionale del 26 giugno 2026 nel senso di prevedere la presenza dei medici del ruolo unico anche in esse, evitando di riservare alle sole Case “hub” la presenza delle aggregazioni funzionali territoriali e dei medici che in esse operano¹⁴. Queste devono stare dentro la Casa della comunità “spoke”, ma non ne esauriscono la funzione, proprio perché si tratta di capire che ciò di cui abbiamo bisogno per raggiungere la piena integrazione sociosanitaria è la capacità da parte di tutte le professioni di lavorare insieme: con le altre professioni, con gli enti del terzo settore, con le istituzioni locali.

La quarta proposta è delicata e difficile, perché attiene alla valorizzazione di quella che possiamo chiamare la “Cenerentola della sanità”, cioè la prevenzione, la sola tuttavia che può tenere insieme in modo virtuoso la garanzia dei livelli essenziali di assistenza con il

¹² V. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale*, cit. Purtroppo, la dottrina sembra faticare a cogliere il senso dell’innovazione introdotta: si v., ad es. e da ultimo, C. TUBERTINI, *Lo snodo della Casa di comunità nella rilettura della funzione di assistenza territoriale*, in *Istituzioni del federalismo*, 2025, n. 4.

¹³ Sul punto, si vedano, in *questo numero*, gli interventi di A. Fortino-G. Casazza e di S. Brusaferrò.

¹⁴ Già presenti nell’ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009, accolte e disciplinate in via generale nel d.l. n. 158/2012 (conv. l. n. 189/2012), poi improvvidamente lasciate a galleggiare per quasi quindici anni, nonostante l’art. 1, comma 6 del menzionato d.l. n. 158 (per i particolari, v. R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza nell’emergenza pandemica*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia. Problemi e prospettive*, Bologna, Il Mulino, 2022).

necessario rispetto dei vincoli economico-finanziari. Se prevengo malattie evitabili, non solo tutelo la salute del singolo, ma riduco l'impatto sul SSN e dunque posso dedicare più risorse alla salute di altri singoli. Non v'è dubbio: la prevenzione ha dei nemici, ma tra questi c'è anche ciascuno di noi, nella misura in cui non ne comprendiamo l'importanza strategica per la vita di ciascuno. Non è pensabile chiedere ai produttori di beni e servizi di diventare alfieri della prevenzione, ma è doveroso chiedere loro di non ostacolare la sanità pubblica quando cerca di valorizzarla.

La quinta e ultima proposta non può che riguardare il decisore politico a tutti i livelli (nazionale, regionale, comunale, aziendale). Alla politica (qui *lato sensu* intesa) è giusto chiedere di governare gli interessi, e di non esserne governata. La politica non deve disincantare e men che mai demonizzare, neanche in sanità, il privato che intraprende, ma deve assicurarsi e assicurare che tale iniziativa economica non contrasti con la salute. Lo dice la Costituzione italiana, ma soprattutto lo dice il buon senso.

4. Centrale nella discussione a Castelfranco Emilia è stata la considerazione secondo cui le Case della comunità e la evoluzione verso la “presa in carico” debbono essere considerate parte essenziale di un progetto integrato che mette in gioco le diverse articolazioni organizzative del Ssn e degli enti locali, in particolare dei Comuni. Proprio la visione e la declinazione integrate devono diventare proprietà del sistema e consapevolezza diffusa tra tutti gli attori: quelli professionali, manageriali, gli utenti, le comunità, i loro amministratori e i decisori politici. La prospettiva è quella indicata in questo fascicolo da Silvio Brusaferro: l'implementazione dei PDTA (percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali) quale sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto¹⁵.

5. E la comunità dei giuspubblicisti come si è avvicinata a tale rivoluzione possibile? A mio parere, resta molta strada da fare, a cominciare dal lessico. Si continua a equivocare parlando ora di “Case *della* comunità”, ora di “Case *di* comunità”¹⁶. Non si tratta di una

¹⁵ La definizione è tratta dal Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019-2021: se ad essa si aggiunge l'assistenza sociosanitaria e si implementa il percorso con il coinvolgimento del profilo socioassistenziale, abbiamo il modello professionale cui fare corrispondere il modello istituzionale delle Case della comunità. Se a tali modelli affianchiamo poi il profilo budgetario (si veda, in questo *fascicolo*, lo scritto di E.A. Vendramini sul budget di salute), abbiamo il quadro del cambiamento che la riforma dell'assistenza territoriale in sanità sta introducendo. Una conferma importante viene dal significativo numero di esperienze pratiche che stanno innovando organizzazione, procedure e strumenti dell'assistenza sociosanitaria territoriale, come dimostrato, in questo *fascicolo*, dallo scritto di G. Costa, S. Pilutti e R. Di Monaco.

¹⁶ Si vedano, da ultimo, alcuni dei contributi raccolti nel n. 4/2025 di *Istituzioni del federalismo*, e in particolare l'editoriale di A. Pioggia (pp. 741 ss.).

sfumatura lessicale: nelle Case della comunità il genitivo possessivo esprime una più forte imputazione e integrazione tra le persone dimoranti in un determinato luogo e l'organizzazione integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, così da rendere biunivoco il rapporto tra bisogno e servizio, e dare contenuto effettivo alla presa in carico¹⁷. Per contro, parlare di Case di comunità conduce inevitabilmente a concepirle come qualche cosa di minore rispetto agli Ospedali di comunità, finendo per perdere lo specifico carattere innovativo delle stesse.

Un'altra difficoltà sta nell'accettare che la base giuridica del d.m. n. 77/2022 stia non nel principio di attrazione in sussidiarietà, ma nella competenza esclusiva statale sui livelli essenziali delle prestazioni, di cui gli standard ospedalieri e territoriali costituiscono specificazione (secondo il ben noto orientamento della Corte costituzionale, a partire dalla sent. n. 134 del 2006)¹⁸. Anche in questo caso, non si tratta di una sfumatura e tantomeno di una mera disputa classificatoria: ricondurre la competenza sugli standard alla materia concorrente della tutela della salute implica coonestare quella cesura tra il profilo organizzativo e quello sostanziale della garanzia del diritto alla salute, che impedisce di coglierne lo specifico, proprio in un momento storico nel quale, anche ammaestrati dall'esperienza della pandemia, gli intrecci tra i due profili sono sotto gli occhi di tutti¹⁹.

6. Ho parlato prima di “rivoluzione possibile”, espressione che denota la volontà di prendere sul serio le Case della comunità. La concretizzazione di questo approccio richiede alcuni presupposti indefettibili, il più importante dei quali mi pare quello della volontà politica²⁰, almeno in due direzioni principali: quella di coinvolgere nella maggior misura possibile tutti i protagonisti dell'assistenza sanitaria²¹, e quella di stabilire il corretto equilibrio tra la mano pubblica e quella privata in campo sanitario. Sotto questo secondo profilo, un'occasione per chiarire la volontà politica potrebbe essere la stesura del nuovo Piano

¹⁷ Così già R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 10.

¹⁸ Si vedano F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *federalismi.it*, 2022, n. 23, pp. 72 ss.; L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 2023, n. 26, pp. 18 ss.; e, in questo fascicolo, lo scritto di E. Guerrieri. Per quanto riguarda la giurisprudenza costituzionale in tema di salute, v. ora l'inquadramento complessivo di M. LUCIANI (a cura di), *La salute*, in G. AMOROSO (dir.), *Le pronunce di illegittimità costituzionale in settanta anni di attività della Corte costituzionale*, vol. IV, Corte costituzionale, Roma, 2026, il quale tuttavia trascura quasi del tutto i profili organizzativi e il loro nesso con quelli c.d. sostanziali.

¹⁹ Si veda altresì, in questo fascicolo, lo scritto di D. SERVETTI, *Tutela della salute e innovazione tecnologica delle cure, tra diritto, scienza ed etica: il caso emblematico del NIPT*, che dimostra come tale intreccio sia cruciale anche a proposito di profili molto specifici e settoriali, quale appunto quello concernente il test genetico prenatale non invasivo.

²⁰ R. BALDUZZI, *La tutela della salute e l'eguaglianza del trattamento sanitario tra Stato e regioni*, in *I rapporti tra Stato e Regioni nella pandemia e le prospettive dello Stato regionale*, Bologna, il Mulino, 2024, pp. 195 ss.

²¹ Sotto questo aspetto, non può che destare preoccupazione la repentina ritirata che ha caratterizzato la proposta ministeriale di configurare un doppio canale per i medici di medicina generale (da una parte la convenzione riformata come modello ordinario, dall'altra una forma di dipendenza selettiva dentro il Ssn): cfr. la mia intervista ad *Avvenire* del 7 giugno 2026: Balduzzi: “*La riforma Schillaci un testo equilibrato. I medici non siano ostaggi di qualche sindacato*”.

sanitario nazionale, strumento che nel tempo è parso come recessivo. Ora, un Piano, se è autenticamente tale, esprime una visione, e dunque è positivo che ci si voglia cimentare, anche al fine di offrire una cornice complessiva e unitaria ai tanti Piani di settore e ai periodici “Patti”. L'importante è che non si sovrapponga in parallelo alla realtà sanitaria, ma che la orienti: dunque dal Piano attendiamo indicazioni su come assicurare la primazia del servizio pubblico in un contesto sanitario sempre più *market-oriented*, come restituire il carattere di integrativo ai fondi sanitari, come evitare che i più abbienti ricevano servizi migliori scaricando sulla collettività e dunque sui meno abbienti parte significativa degli oneri, come stimolare la collaborazione-competizione tra le sanità regionali senza lasciarla degenerare in concorrenza sulle prestazioni, come rafforzare l'idea e la pratica delle rete sanitaria al cui interno pazienti, professionisti, volontari, produttori di servizi e livelli istituzionali trovano, ciascuno secondo la propria natura ed indole ma tutti consapevoli di essere parte del sistema complessivo. Come pensare che possano stare insieme un Piano sanitario con queste caratteristiche e lo smembramento del Servizio sanitario nazionale quale disegnato dalle intese relative all'autonomia differenziata?²²

La vita politica, si sa, comprende inevitabilmente contraddizioni, in quanto deve fare i conti con la pluralità degli interessi, con la necessità del consenso e con le ambizioni di potere: ad essa, tuttavia, è chiesto in democrazia di diventare e significare non un *festival of hype*, ma un luogo di ricerca di quei sani com-promessi che consentono a una collettività di andare avanti senza distruggere le eredità buone del passato²³.

La sfida delle Case della comunità costituisce un terreno idoneo per misurare i caratteri autentici della volontà politica, al di là degli slogan e delle semplificazioni. Ancora una volta, è un problema non di tecnicità amministrative, ma di diritto costituzionale: se i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie vanno garantiti su tutto il territorio nazionale, lo devono essere in condizioni non di uniformità (da tempo è cambiato il lessico del legislatore), ma comunque di tendenziale avvicinamento tra i diversi territori (oltre alla lettera *m* del secondo comma dell'art. 117, l'art. 120). La nuova assistenza territoriale in sanità è

²² Si vedano, in questo *fascicolo*, gli scritti di M. Cosulich, D. Morana e A. Pitino. V. già R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, pp. 1-15. (v. anche R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2028, pp. 472 ss.).

²³ Alcuni esempi recenti non sembrano corrispondere a tale auspicio. Il primo esempio è il d.d.l. delega per la riorganizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale e ospedaliera (Atto Senato n. 1825, XIX Leg.). Sotto il profilo della qualità normativa, essa risulta insoddisfacente: il titolo non trova corrispondenza nel testo (essenzialmente destinato alla riclassificazione degli ospedali e ad un tentativo di individuare una categoria nuova, il terzo livello), il contenuto mescola senza troppa destrezza regole esistenti in materia di Ircs, di aziende ospedaliero-universitarie e di ospedali di rilievo nazionale, al solo scopo di portare nella competenza statale una porzione, asseritamente quella più interessante e performante, dell'offerta sanitaria pubblica. Un secondo esempio lo troviamo in campo farmaceutico. Ancorché, proprio di recente, il Ministro della salute abbia affermato con forza (Camera dei deputati, seduta del 29 luglio 2026, res. sten., p. 43) che “la sovranità farmaceutica si costruisce anche in Europa” e che occorre “una cooperazione strutturata tra Unione europea, autorità nazionali e industria”, il comportamento tenuto in occasione della valutazione delle proposte della Commissione europea sul c.d. *Pharma Package* è andato in senso nettamente diverso: sul punto, si veda, in questo *fascicolo*, lo scritto di R. Balduzzi e D. Servetti, *Questioni di fondo e attualità di diritto del farmaco. Alcune riflessioni a partire da un rinnovato manuale di settore*.

allora non soltanto un'ottima occasione per evitare l'evaporazione del Servizio sanitario nazionale, ma la cartina di tornasole di un Paese che voglia restare uno, di diritto e sociale. Una riforma vera genera normalmente, accanto a inevitabili critiche, anche notevoli entusiasmi, non atteggiamenti difensivi. Ma quale entusiasmo può emergere da un contesto che vede quotidianamente allarmi sul sistema sanitario senza che questi siano compensati da una visione politica di respiro?

Ancora una volta, si pone la questione della necessità di un dibattito nazionale sulla sanità²⁴, che preceda le tentazioni di destrutturazione del Ssn chiaramente percepibili nelle proposte in tema di regionalismo differenziato²⁵ e sul quale i cittadini possano confrontare programmi e comportamenti delle forze politiche.

²⁴ Da tempo evocato: v. il mio *Sulla necessità di differenziare i discorsi sul c.d. regionalismo differenziato: l'esempio della sanità*, in A. LAMBERTI (a cura di), *Atti del Convegno internazionale di studi sul tema "Democrazia e Diritti Fondamentali"*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2023, p. 499.

²⁵ *Retro*, nt. 21.