

Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*

di Fabio Saitta**

SOMMARIO: 1. I suoi primi 46 anni: nascita ed evoluzione organizzativa del servizio sanitario italiano. – 2. Effettività (asimmetrica?) del diritto alla salute e condizionamenti finanziari. – 3. L'assistenza sanitaria e il «sistema dei tre pilastri», tra pubblico e privato. – 4. Il governo della sanità tra Stato e regioni: l.e.a. e regionalismo differenziato. – 5. Il futuro del servizio sanitario alla luce dell'esperienza pandemica: a) la telemedicina. – 6. *Segue: b)* l'assistenza socio-sanitaria territoriale. – 7. La centralità del diritto alla salute e il necessario cambio di paradigma: appunti per l'ennesima riforma.

1. *I suoi primi 46 anni: nascita ed evoluzione organizzativa del servizio sanitario italiano*

Com'è noto, l'art. 32 della Costituzione, che, nel sancire che «[l]a Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti», ha finalmente reso «costituzionalmente doverosa un'azione positiva dei pubblici poteri in questo campo»¹, non è stato tradotto subito in un'organica riforma sanitaria: soltanto vent'anni dopo ci fu la prima tappa di tale percorso, rappresentata dalla riforma ospedaliera approvata con la c.d. «legge Mariotti»², che completò il processo di pubblicizzazione degli ospedali, creando l'ente ospedaliero, persona giuridica pubblica alla quale furono ricondotte le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, gli altri enti pubblici operanti esclusivamente nell'assistenza ospedaliera e gli ospedali appartenenti ad altri enti pubblici aventi anche altre finalità.

* Testo, rielaborato e aggiornato, della relazione alla Giornata di studio PRIN – PNRR 2022 *Unscrambling “Global and European Health Security”* – Cosenza, 22 ottobre 2024.

** Professore ordinario di Diritto amministrativo, Università degli Studi Magna Graecia di Catanzaro.

¹ N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo*, a cura di S. Cassese, 2^a ed., Milano, 2003, t. 1, 629; in termini analoghi, G. DE CESARE, *Sanità (dir. amm.)*, in *Enc. dir.*, XLI, Milano, 1989, 246, secondo cui «[l]a formulazione dell'articolo della Costituzione va intesa come prospettazione di una determinata politica di intervento sanitario, per determinare la priorità degli interventi dello Stato».

² L. 12 febbraio 1968, n. 132.

In virtù di tale prima riforma, «si superò il residuo carattere volontaristico-caritatevole che ancora connotava l'esercizio dell'attività in questione, pervenendo ad una più sicura configurazione della stessa come servizio pubblico rivolto alla collettività generale»³. Una volta riconosciuto a tutti i cittadini il diritto al ricovero ospedaliero (subordinato esclusivamente alla necessità del medesimo, indipendentemente da ogni accertamento circa il pagamento delle spese di degenza⁴), non poteva non riconoscersi a tutti anche l'assistenza sanitaria: il passo verso la vera e propria riforma sanitaria era ormai breve⁵.

Con il trasferimento alle regioni a statuto ordinario delle funzioni concernenti l'«assistenza sanitaria e ospedaliera»⁶, disposto con la prima regionalizzazione⁷, e il riparto delle funzioni fra livelli istituzionali, operato con la seconda⁸, si gettarono le basi per la riforma complessiva del sistema: con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, venne istituito il servizio sanitario nazionale e si diede finalmente attuazione piena e organica al precetto costituzionale con la previsione di un servizio pubblico informato a principi di universalità, eguaglianza e globalità.

A ragione, dunque, si è recentemente affermato che, «[s]ul piano giuridico, la legge 833 ha contribuito al “disgelo della Costituzione” indicando nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) lo strumento con cui la Repubblica tutela il diritto alla salute in attuazione all'art. 32 della Costituzione»⁹.

A prescindere dal ritardo con cui venne approvata, anche a causa di una lettura riduttiva del precetto costituzionale¹⁰, e dai difetti e contraddizioni che sicuramente presentava, tale legge rappresentò il «punto di arrivo di un'evoluzione che, iniziata dal vecchio Stato liberale garantista di tipo ottocentesco, arriva a prendersi cura, in maniera completa ed esauriente, delle esigenze più vive della vita delle persone»¹¹. Un elemento per-

³ N. AICARDI, *op. cit.*, 636.

⁴ Art. 41, lett. a), l. n. 132/1968.

⁵ G. DE CESARE, *op. cit.*, 249.

⁶ Questa la definizione della materia di titolarità regionale contenuta nell'originario art. 117 Cost.

⁷ D.p.r. 14 gennaio 1972, n. 4.

⁸ D.p.r. 24 luglio 1977, n. 616.

⁹ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 539.

¹⁰ 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, 321 ss.

¹¹ A. CATELANI, *La sanità pubblica*, Padova, 2010, 45.

vasivo, ancorchè mai affermato in modo esplicito come tale, della riforma del 1978 era, infatti, «la declinazione del principio dell'universalismo equitativo che rispondeva sia a principi di giustizia sociale che interpretava la salute (o, quantomeno, l'accesso ai servizi sanitari) come un diritto di cittadinanza sia all'esigenza di estendere la copertura a tutta la popolazione unitamente a quelli di uniformità (una risposta alla diversità delle prestazioni fra categorie professionali) e di globalità dell'intervento»¹².

La legge del 1978 era imperniata su nuovi appositi organismi, le unità sanitarie locali, la cui incerta natura giuridica rappresentò probabilmente una delle principali cause del sostanziale fallimento della legge stessa¹³.

A ciò contribuirono altresì, com'è risaputo, l'eccessiva politicizzazione degli organi, nominati secondo «criteri politici cioè secondo criteri di lottizzazione»¹⁴, e l'estensione illimitata e indiscriminata delle prestazioni, dovuta anche alla mancata approvazione dei piani sanitari, incautamente affidata a una legge della Repubblica assai difficile da confezionare, che fece lievitare in misura insostenibile i costi del sistema¹⁵, costringendo il legislatore a intervenire di frequente per ripianare i disavanzi di bilancio delle u.s.l., *ergo* sostanzialmente a ridimensionare la portata dei principi di globalità e gratuità del servizio sanciti dalla stessa legge¹⁶.

Durante il Governo Amato, il ministro De Lorenzo disse senza mezzi termini che era finito il tempo di un Servizio sanitario nazionale che «dà tutto a tutti» e che bisognava passare a «liberalizzare le prestazioni introducendo elementi di competitività tra pubblico e privato e dando la possibilità di scelta al cittadino»¹⁷. I tempi erano ormai maturi per un riordino complessivo, anzi «una vera e propria “riforma della riforma” sanitaria del 1978»¹⁸, che venne varata con il decreto legislativo 30 dicembre 1992,

¹² F. TARONI, *op. cit.*, 547.

¹³ Sul punto, sia consentito rinviare a F. SAITTA, *L'organizzazione della salute: uno sguardo al (recente) passato per costruire il futuro*, in *Munus*, 2015, 359 ss., spec. 362-366.

¹⁴ M.S. GIANNINI, *L'organizzazione sanitaria dalla legge di riforma sanitaria alla l. 15.1.1986 n. 4*, in AA.VV., *Lineamenti di organizzazione sanitaria*, Milano, 1991, 33.

¹⁵ Nel senso che uno dei maggiori punti di debolezza della legge, il male che l'affliggeva, era costituito dagli strumenti per il controllo della spesa, F. CAVAZZUTI – S. GIANNINI, *La riforma malata: un servizio sanitario da reinventare*, Bologna, 1982.

¹⁶ N. AICARDI, *op. cit.*, 641.

¹⁷ Lo riferisce R. BINDI, *Il quarantesimo anniversario del Servizio sanitario nazionale*, in *Riv. pol. soc.*, n. 2/2018, 115.

¹⁸ Così B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 561.

n. 502, cui fece seguito – inframmezzato da una pronuncia della Corte costituzionale¹⁹ – il decreto legislativo correttivo 7 dicembre 1993, n. 517.

Pur non travolgendo del tutto l'impianto della legge istitutiva del 1978, il riordino del 1992-1993 presenta rispetto alla stessa diversi punti di netta rottura:

- estromissione pressoché totale dei comuni dalla gestione della sanità e configurazione dell'u.s.l. come ente regionale;
- riduzione di numero, aziendalizzazione e depoliticizzazione delle u.s.l. attraverso la previsione di un solo organo monocratico di gestione scelto dalla regione sulla base della competenza tecnica;
- autonomia degli ospedali maggiori, scorporati dalle u.s.l.;
- responsabilizzazione finanziaria delle regioni;
- configurazione di un sistema di concorrenza tra strutture pubbliche e private, fondato sull'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture medesime²⁰.

Specie avendo riguardo all'aziendalizzazione delle u.s.l. – operata sull'onda lunga del più generale processo di privatizzazione che ha caratterizzato, negli anni '90 del secolo scorso, numerosi apparati amministrativi – e al mutato rapporto con gli operatori privati della sanità, *id est* alla ricostruzione del servizio pubblico di tutela della salute secondo regole e principi di tendenziale equiordinazione, risulta evidente la profonda correzione del modello originario, nella misura in cui «si passa da una visione squisitamente pubblicistica ad un complesso di valori e di regole pratico-operative (ad una vera e propria filosofia di fondo, pertanto) che ha le sue radici nell'*humus* culturale dell'economia di mercato»²¹. Ma novità assai significative si registrano anche con riguardo all'erogazione di prestazioni e servizi, adesso oggettivamente condizionata dalle risorse finanziarie che si ritiene di poter mettere a disposizione del S.S.N.²², e alla sottrazione, pur nell'ambito di un com-

¹⁹ Sent. 28 luglio 1993, n. 355, in *Foro it.*, 1995, I, 62.

²⁰ N. AICARDI, *op. cit.*, 643.

²¹ R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, 117.

²² Con l'intervento del 1992, a un sistema in cui, sulla base del rilevamento dei bisogni, la prestazione sanitaria è configurata come funzione pubblica a tutela di un diritto soggettivo, s'intende sostituire un sistema in cui, sulla base di un fabbisogno finanziario precostituito, un'attività amministrativa a contenuto tecnico fornisce prestazioni e servizi, con oneri diversi per le diverse categorie di utenti: B. PEZZINI, *op. cit.*, 565. I livelli uniformi delle prestazioni, che nell'impianto della l. n. 833/1978 sono

plexivo disegno in cui la programmazione continua a rappresentare un istituto di rilievo centrale, del piano sanitario nazionale al Parlamento.

Al riordino del 1992-1993 ha poi fatto seguito un ulteriore riassetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale: con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (c.d. «decreto Bindi»), è stata, infatti, approvata una nuova riforma, che, da un lato, ha portato a compimento processi già avviati nel 1992 e, dall'altro, ha recuperato aspetti più vicini alla legge istitutiva del 1978²³. Sotto il primo profilo, è stato approfondito e radicalizzato il percorso di aziendalizzazione e di privatizzazione degli apparati e dell'attività intrapreso qualche anno prima, sia enfatizzando il ruolo strategico svolto dal direttore generale dell'azienda sanitaria grazie all'atto aziendale di diritto privato, sia assoggettando, in linea di massima, al diritto privato l'attività dell'azienda medesima; per altro verso, si è recuperata in qualche modo «una (moderata) impostazione pubblicistica, principalmente per quel che concerne la tipologia delle relazioni giuridiche fra i soggetti istituzionali del servizio pubblico e gli operatori privati accreditati»²⁴ e si sono riconfigurate le prestazioni sanitarie come «espressione di una funzione pubblica, sostenuta da finanziamenti della stessa natura idonei a soddisfare il diritto soggettivo dell'universalità dei soggetti»²⁵.

stati previsti per rendere universale e omogenea l'assistenza sanitaria prima frammentata negli enti mutualistici, vengono «inequivocabilmente sovrastati dal prevalere dell'esigenza di garantire la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse disponibili»: F. TARONI, *Tempi moderni*, in *Politiche sanitarie*, n. 2/2011, 60.

²³ A. POGGI, *I diritti delle persone*, Milano, 2014, 90. Come riferisce F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 582-583, «da dottrina si è divisa fra quanti, pur sottolineandone le indubbe novità, hanno collocato la riforma del 1999 (sia pure in una linea di razionalizzazione e di adeguamento) all'interno del solco tracciato dalle riforme precedenti (1978 e 1992/1993) e quanti invece hanno ritenuto di individuare elementi di netta discontinuità rispetto alle normative precedenti (differenziandosi poi fra quanti hanno giudicato positivamente le innovazioni introdotte e quanti le hanno valutate negativamente)».

²⁴ R. FERRARA, *op. cit.*, 118.

²⁵ A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di nodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *op. cit.*, 299.

2. *Effettività (asimmetrica?) del diritto alla salute e condizionamenti finanziari*

È ormai risaputo che il diritto alla salute non costituisce un assunto intangibile per le scelte legislative, dovendo il suo riconoscimento tener conto di altri principi e valori costituzionalmente protetti, tra cui l'esigenza di equilibrio della finanza pubblica²⁶: in altri termini, la pretesa di ogni persona ai trattamenti sanitari necessari è garantita nei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui l'apparato dispone²⁷. Una situazione distante, quindi, anni luce da quella che ancora caratterizzava l'epoca della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, quando la «illimitata fiducia nelle sorti, magnifiche e progressive, dello Stato sociale di diritto» induceva a costruire le aspettative di prestazione del cittadino «alla stregua di situazioni giuridiche soggettive in qualche modo assolute»²⁸. Da questo punto di vista, può ben dirsi che il riordino del 1992-1999 ha innovato radicalmente, sostituendo un sistema sanitario che era basato sulla rilevazione dei bisogni cui si assicura soddisfacimento con un sistema che si condiziona a parametri finanziari precostituiti²⁹.

Ciò induce a chiedersi se oggi debba ritenersi più apprezzabile quel risultato che si caratterizzi per un più elevato tasso di *performance* sul piano gestionale a prezzo di un relativo sacrificio delle aspettative di prestazione del cittadino-utente ovvero quel prodotto finale che abbia corrisposto meglio alle attese di quest'ultimo, ma sia eventualmente contraddistinto da un certo *deficit* di bilancio³⁰. Interrogativo che, a ben guardare, concerne la scelta (politica) dell'individuazione, da parte dell'amministrazione centrale, del *budget* da destinare al Servizio sanitario nazionale e involge, quindi, il più generale problema della (difficile) applicazione del criterio di economicità ad alcuni ambiti di attività amministrativa³¹. Nell'attuale momento di grave crisi economica, particolarmente critiche sono, dun-

²⁶ T.A.R. Campania-Napoli, Sez. I, 18 marzo 2008, n. 1372, in *Foro amm.* – TAR, 2008, 783.

²⁷ T.A.R. Lazio-Roma, Sez. III-ter, 2 dicembre 2002, n. 10892, in *Foro amm.* – TAR, 2002, 4019.

²⁸ R. FERRARA, *op. cit.*, 155.

²⁹ A. MATTIONI, *op. cit.*, 280.

³⁰ R. FERRARA, *op. cit.*, 169.

³¹ Cfr., *si vis*, F. SAITTA, *Interrogativi sul c.d. divieto di aggravamento: il difficile obiettivo di un'azione amministrativa «economica» tra libertà e ragionevole proporzionalità dell'istruttoria*, in *Dir. e soc.*, 2001, 491 ss.

que, le prospettive per l'equità intergenerazionale e diventa necessario chiarire in modo esplicito i livelli di assistenza che il S.S.N. potrà continuare a garantire su base universalistica³².

Dal punto di vista dell'organizzazione, ferma restando l'astratta configurabilità di diversi modelli sotto il profilo del finanziamento, la costante riduzione delle risorse economiche a disposizione delle regioni per finanziare i sistemi sanitari impone alle aziende di sviluppare tutte le possibili formule organizzative orientate a individuare fonti di finanziamento ulteriori rispetto ai trasferimenti regionali e alle entrate connesse all'ordinaria erogazione di prestazioni (*ticket*), come, ad es., dotarsi delle capacità, proprie dell'imprenditore privato, di sapersi inserire in dinamiche di mercato per reperire ulteriori fonti di finanziamento.

A tal riguardo, va, tuttavia, considerata la recente apertura della Corte costituzionale, che ha chiaramente affermato che «[è] la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»³³.

Un'affermazione che non poteva non saltare subito all'occhio³⁴ e che dovrebbe servire a ribadire l'esistenza di un nucleo dei diritti fondamentali rimasto ancora intangibile per le politiche di contenimento della spesa pubblica³⁵: quell'area che, quasi un decennio orsono, la stessa Consulta aveva definito «nucleo indefettibile di garanzie»³⁶ e che potrebbe rimettere in discussione l'idea del condizionamento finanziario dei diritti fondamentali³⁷.

³² Sui l.e.a. v. *infra*, § 4.

³³ Sent. 16 dicembre 2016, n. 275, in www.giurcost.org.

³⁴ G. DI DONATO, *Crisi economica, sovranità statale e diritti sociali nell'era dell'austerità di bilancio e del neoliberalismo europeo*, in *Osserv. cost.*, n. 1/2017, 25.

³⁵ L. MADAU, «E' la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». *Nota a Corte cost. n. 275/2016*, in *Osserv. cost.*, n. 1/2017, 11; L. ARDIZZONE, R. DI MARIA, *La tutela dei diritti fondamentali ed il "totem" della programmazione: il bilanciamento (possibile) fra equilibrio economico-finanziario e prestazioni sociali (breve riflessione a margine di Corte cost., sent. 275/2016)*, in *Dir. reg.*, 2017, 185; da ultimo, L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e le sue dimensioni "critiche" nella recente giurisprudenza costituzionale*, in *Scritti in memoria di B. Caravita di Toritto*, a cura di L. Casseti, F. Fabrizzi, A. Morrone, F. Savastano e A. Sterpa, Napoli, 2024, I, 755 ss., spec. 768-769, secondo cui la connotazione della spesa relativa alla sanità come «costituzionalmente necessaria», se non conferisce alla spesa stessa un carattere di assoluta prevalenza, vale comunque a distinguerla dalle altre che compongono il bilancio pubblico.

³⁶ Sent. 4 luglio 2008, n. 251, in www.giurcost.org.

³⁷ In tal senso, A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente*

L'uso del condizionale non è casuale, anche perché il Consiglio di Stato ha, invece, recentemente ribadito, da un lato, che, «[i]n materia sanitaria, in presenza di una inevitabile limitatezza delle risorse, non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza, poiché è la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie»³⁸; dall'altro, che la stessa definizione dei L.E.A. «non solo è finalizzata ad offrire, in positivo, un catalogo delle prestazioni che lo Stato è tenuto a garantire per assicurare l'effettività del diritto alla salute, ma va considerata anche come il limite che le singole regioni non possono superare senza creare uno squilibrio delle proprie risorse finanziarie»³⁹.

Pur nondimeno, se la Corte costituzionale ha ritenuto inconcepibile che il legislatore possa oltrepassare quel recinto dei beni incomprimibili tra i quali «rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto»⁴⁰, perché escludere *a priori* che altrettanto insuscettibile di condizionamenti finanziari possa risultare il diritto alla salute?

Non a caso, d'altronde, la Consulta ha successivamente ribadito la priorità della spesa pubblica costituzionalmente necessaria rispetto alla discrezionalità del legislatore nell'operare l'allocazione delle risorse quando, in tema di attuazione dei piani di rientro, ha affermato che, «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa»⁴¹.

Se a ciò si aggiunge che la giurisprudenza amministrativa ha, a sua volta, mostrato una certa sensibilità nell'ammettere la giustiziabilità dei l.e.a.⁴², sarebbe lecito nutrire un certo ottimismo.

condizionati. Nota a Corte Cost. n. 275 del 2016, in Giur. cost., 2016, 8; G. GRASSO, Appunti su reddito di inclusione, assistenza socio-sanitaria e vincoli sulle risorse disponibili, in Osserv. cost., n. 3/2017, 7-8.

³⁸ Sez. III, 22 febbraio 2017, n. 836, in www.giustizia-amministrativa.it.

³⁹ Sez. III, 23 gennaio 2017, n. 267, in www.giustizia-amministrativa.it.

⁴⁰ Sent. n. 275/2016, cit.

⁴¹ Sent. 15 gennaio 2020, n. 62, in *Giur. cost.*, 2020, 765.

⁴² Si segnala, in particolare, la pronuncia con cui la chiusura dell'ospedale di

Senonché, ormai dagli inizi degli anni '90 del secolo scorso, al di là dei nuovi assetti organizzativi che delineano chiaramente l'intento del legislatore di razionalizzare la spesa sanitaria, si è via via pervenuti alla definizione di un sistema sanitario in cui «il diritto sociale alla salute viene a configurarsi come diritto finanziariamente condizionato sulla base di una serie di peculiarità», tra cui, in particolare, «l'individuazione degli obiettivi di tutela della salute strettamente correlata alla entità dei finanziamenti assegnati», seppure questi ultimi, grazie alla riforma del 1999, debbano ora essere quantomeno individuati contestualmente alla determinazione dei l.e.a.⁴³.

Il problema delle risorse da destinare alla sanità – sia ben chiaro – non è certo solo italiano. Quasi tutti i sistemi sanitari europei, tra i meglio finanziati e più equi al mondo, incontrano, infatti, serie difficoltà a mantenere una copertura sanitaria universale: il rapido invecchiamento della popolazione, la crescente carenza di personale sanitario, gli *shock* esterni come il cambiamento climatico e l'inflazione guidata dall'invasione russa dell'Ucraina richiedono ai sistemi sanitari europei, usciti già pesantemente stressati dalla pandemia, investimenti che non si riescono a sostenere⁴⁴. Da qui una crescente divaricazione tra i costi della salute, in continuo aumento, e le disponibilità del bilancio statale che non consente di adeguare il sistema sanitario ai bisogni della popolazione, l'invecchiamento e i progressi tecnologici⁴⁵.

Bracciano è stata ritenuta incompatibile con la c.d. *golden hour*, cioè con il tempo massimo entro il quale è necessario assicurare ai pazienti l'accesso a trattamenti fondamentali per la sopravvivenza, quali, in particolare, quelli offerti dal pronto soccorso: Cons. Stato, Sez. III, 30 maggio 2012, n. 3242, in www.giustizia-amministrativa.it. Più recentemente, sull'illegittimità della soppressione di un pronto soccorso disposta per motivi finanziari, senza considerare le esigenze della popolazione interessata e il limite di 60 minuti indicato dalla normativa vigente, T.A.R. Umbria, Sez. I, 7 febbraio 2018, n. 98, in www.lexitalia.it, n. 2/2018.

⁴³ E.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute. Prospettive di riforma del Servizio Sanitario Nazionale*, Torino, 2022, 11, anche in nota.

⁴⁴ E. CECCOTTI, *Il Servizio sanitario nazionale e le sue criticità*, in www.astrid-online.it, n. 9/2024, 74, secondo cui in Italia il problema è più acuto sia perché la sanità è la componente più importante della spesa pubblica dopo le pensioni, sia per il pesante debito pubblico.

⁴⁵ Com'è stato recentemente notato, infatti, «[u]n sistema che funziona costa necessariamente sempre di più. Se si guarisce di più, si vive di più, si invecchia di più e il costo della salute aumenta; se la scienza fa progressi nel sintetizzare farmaci, elaborare

Nel nostro Paese (ma non solo), si pone, pertanto, con sempre maggiore frequenza il problema del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che, notoriamente, come per tutti i diritti a prestazione⁴⁶, condiziona la concreta attuazione del diritto alla salute a causa dello stretto legame tra l'effettività di tale diritto costituzionalmente garantito e le risorse disponibili e investite per renderlo concreto e sostenibile⁴⁷.

Invero, la spesa pubblica per la sanità in Italia è ritenuta dai più insufficiente.

In una recente indagine⁴⁸, si riferisce che il sottofinanziamento del Servizio sanitario nazionale, che a partire dalla crisi economica del 2008 si misura come rapporto tra la spesa programmata e le risorse effettivamente disponibili, ha superato, nel 2019, i 10 miliardi di euro, con un'incidenza sul P.I.L. del 6,4%.

La rotta è sembrata invertirsi nel 2020, quando i finanziamenti in sanità hanno raggiunto livelli superiori (pari a un'incidenza sul P.I.L. del 7,4%): durante la pandemia, infatti, le risorse di parte corrente del Servizio Sanitario nazionale sono aumentate e si è passati dai 120 miliardi del 2019 ai 130 del 2021.

nuove terapie, realizzare più avanzati macchinari, la sanità pubblica deve dotarsi dei nuovi strumenti a disposizione e questo è costoso; se si scoprono nuove patologie, nuovi sistemi di diagnosi precoce e così via, occorre attrezzarsi per fornire nuove cure e nuovi servizi e anche questo costa. Quindi un aumento progressivo della spesa è, oltre che fisiologico, doveroso per un sistema sanitario che si ponga quale strumento della piena ed effettiva garanzia di un diritto fondamentale»: A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 387.

⁴⁶ Ha osservato, di recente, L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria"*, in *Recenti progr. med.*, 2023, 591, che «[n]essuno, fra i vari diritti sociali, dipende, come il diritto alla salute, dalle risorse pubbliche che vengono stanziare. L'istruzione, per assurdo, un ragazzo potrebbe riceverla dai genitori o potrebbe anche garantirsela da solo, con un po' di buona volontà. Per la salute questo non è possibile. Non ci si può curare un tumore o una polmonite da soli. Per tutelare il diritto alla salute sono sempre indispensabili strutture e professionisti (medici, infermieri, etc.) che lo garantiscano. Quindi, tra tutti i diritti sociali, è quello più condizionato dalle risorse finanziarie».

⁴⁷ S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2023, 705; da ultimo, C. COLAPIETRO, *L'effettività costituzionale del diritto alla salute nella dimensione multilivello*, in *Scritti in memoria di B. Caravita di Toritto*, cit., II, 1865 ss., spec. 1869-1871, laddove definisce l'elemento finanziario «antefatto, ovvero oggetto di diretto bilanciamento con il diritto alla salute».

⁴⁸ E. CECCOTTI, *op. cit.*, 77-78.

La pandemia, però, ha fagocitato tutte le risorse disponibili riducendo ulteriormente quelle occorrenti per le altre patologie, per cui da allora in poi, nonostante le promesse che non ci sarebbero più tagli alla sanità, il finanziamento del Servizio sanitario nazionale ha ripreso a scendere, assestandosi nel 2023 al 6,7% rispetto al 6,9% dell'anno precedente.

Per adeguare la spesa al fabbisogno, oggi servirebbero 12/15 miliardi di maggior dotazione annua, che non ci sono⁴⁹.

Dal punto di vista previsionale, il Piano strutturale di Bilancio di medio termine (2025-2029), approvato il 27 settembre 2024, peggiora il quadro tendenziale della spesa sanitaria rispetto al D.E.F. 2024: il rapporto spesa sanitaria/P.I.L. scende, passando dal 6,3% del biennio 2024-2025 al 6,2% nel periodo 2026-2027⁵⁰.

E' di pochi giorni fa, infine, la notizia che, dopo che il Ministro dell'Economia aveva promesso che, nella legge di bilancio 2025, il Fondo sanitario nazionale sarebbe stato incrementato di 3,7 miliardi di euro e, sommando il miliardo già stanziato dalla manovra di un anno fa, sarebbe salito, quindi, di 4,7 miliardi, per un totale di 138,7, il che avrebbe consentito di varare un piano di assunzioni per 30.000 persone tra medici e infermieri⁵¹, si è appreso che i finanziamenti saranno spalmati in due anni e che il prossimo anno andranno, rispetto al 2024, 2,366 miliardi in più, cioè poco più di un miliardo in aggiunta allo stanziamento di un anno fa⁵².

Lamentare, *sic et simpliciter*, l'esiguità del finanziamento del Servizio

⁴⁹ Una recente proposta di legge recante «Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità» intende «incrementare, in maniera stabile, il livello di finanziamento del SSN avvicinandolo alla media degli altri Paesi europei e portandolo in linea con le raccomandazioni dell'OCSE, prevedendo che, a decorrere dall'anno 2024, il finanziamento complessivo del SSN medesimo possa attestarsi in misura progressiva al 7,5 per cento del PIL nominale tendenziale» (Atti Parlamentari, Camera dei Deputati, proposta di legge n. 1741, presentata il 26 febbraio 2024).

⁵⁰ FONDAZIONE GIMBE, 7° *Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, 8 ottobre 2024, in www.quotidianosanita.it, 1.

⁵¹ M. BOCCI, V. CONTE, *La scelta dei tagli affidata ai ministri. Per la sanità tre miliardi in più*, in *la Repubblica*, 15 ottobre 2024, 8; R. AMATO, M. BOCCI, G. COLOMBO, V. CONTE, A. FONTANAROSSA (a cura di), *La manovra. Il governo arriva a 30 miliardi spinti su sanità e famiglia*, *ivi*, 16 ottobre 2024, 2; M. BOCCI, *Meloni: "Basta bugie sulla sanità". Schlein attacca: ecco i veri numeri*, *ivi*, 18 ottobre 2024, 16.

⁵² M. BOCCI, *La salute. Sulla sanità scoppia la rivolta dei medici "Fondi spostati al 2026 solo 900 milioni subito"*, in *la Repubblica*, 17 ottobre 2024, 3.

sanitario nazionale sarebbe, tuttavia, riduttivo, perché, quando si parla di spesa sanitaria, non si deve avere riguardo soltanto alla cifra in uscita, ma pure alla modalità di reperimento delle risorse che consentono di programmare quell'uscita, in un bilanciamento non solo tra risorse disponibili e diritto alla salute, ma anche tra quest'ultimo e gli altri diritti costituzionalmente garantiti⁵³. Applicando un criterio di finanziamento esogeno, basato cioè sulla determinazione preventiva del costo del diritto, la scelta sul *quantum* delle risorse da allocare per la tutela della salute dipenderà, quindi, dalle risorse disponibili e dalle necessità finanziarie per la tutela degli altri diritti: la discrezionalità del legislatore risulterà, conseguentemente, limitata, dall'alto, dal vincolo di equilibrio di bilancio e dalle regole europee sulla stabilità economica e, dal basso, sia dal nucleo essenziale del diritto alla salute che dalle necessità finanziarie degli altri diritti⁵⁴.

Mentre ammettere un sistema finanziario «dal basso» significherebbe tornare alla spesa storica e rendere il diritto alla salute insostenibile per le finanze dello Stato e tiranno nei confronti di altrettanto meritevoli diritti emergenti, ammettere che la finanza pubblica prevalga sulle decisioni relative alla salute degli individui significherebbe, al contrario, rendere tiranna la decisione di bilancio, sicché l'unica soluzione possibile sembra valutare contestualmente le due esigenze e chiedere sforzi di razionalizzazione, ragionevolezza, proporzionalità e adeguatezza a tutti i livelli di governo e agli stessi cittadini utenti, valorizzando la compartecipazione alla spesa da parte di coloro che possono permettersi di pagare il *ticket*⁵⁵.

Nemmeno il diritto alla salute, insomma, può diventare tiranno: la tutela dei diritti fondamentali «deve essere sempre sistemica»⁵⁶, perché altrimenti «si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona»⁵⁷.

⁵³ S. SPATOLA, *op. cit.*, 706.

⁵⁴ S. SPATOLA, *op. cit.*, 715-718.

⁵⁵ S. SPATOLA, *op. cit.*, 746-747.

⁵⁶ L. ANTONINI, *op. ult. cit.*, 595.

⁵⁷ Corte cost., 9 maggio 2013, n. 85, in *Giur. cost.*, 2013, 1424, con osservazioni di D. PULITANÒ, *Giudici tarantini e Corte costituzionale davanti alla prima legge ILVA*, *ivi*, 1498 ss.; R. BIN, *Giurisdizione o amministrazione, chi deve prevenire i reati ambientali? Nota alla sentenza 'Iva'*, *ivi*, 1505 ss.; G. SERENO, *Alcune discutibili affermazioni della Corte sulle leggi in luogo di provvedimento*, *ivi*, 1511 ss.

In presenza di risorse limitate, sia le decisioni macro-allocative in termini di politiche economiche e finanziarie generali elaborate nelle appropriate sedi decisionali, sia le scelte cliniche di micro-allocazione che dalle prime dipendono inevitabilmente dovrebbero essere, poi, indirizzate dai principi etici di uguaglianza, giustizia ed equità⁵⁸.

3. *L'assistenza sanitaria e il «sistema dei tre pilastri», tra pubblico e privato*

Discorrendo di riforma del Servizio sanitario nazionale, non può trascurarsi il tema del rapporto fra le strutture pubbliche e quelle private, argomento che richiederebbe un'analisi ben più ampia di quella che è qui consentito svolgere. Se è vero, infatti, che, in generale, quello dei rapporti tra pubblico e privato costituisce uno dei temi principali di qualsiasi settore del diritto amministrativo, è anche vero che, con specifico riguardo alla sanità, quella che è stata autorevolmente definita la «grande dicotomia»⁵⁹ assume una valenza peculiare e si presta a diverse prospettive di osservazione.

Secondo una condivisibile ricostruzione, possono astrattamente configurarsi almeno tre modelli di relazioni giuridiche tra il settore pubblico e quello privato: un primo modello organizzativo, contrassegnato da una marcata filosofia pubblicistica, che vede gli operatori privati della sanità recitare un mero ruolo di ricalzo, quasi all'insegna del principio di sussidiarietà orizzontale; un secondo modello, in cui la gestione pubblica si riduce in modo consistente; un terzo modello, per così dire misto, in cui pubblico e privato coesistono in modo equilibrato⁶⁰.

Apprendo lo sguardo (quantomeno) ai più importanti Paesi europei, può dirsi che i sistemi sanitari nazionali sono incardinati su due modelli: quello «*Bismarck*», che discende dal modello solidaristico inizialmente introdotto per i militari prussiani e si fonda su un'assicurazione obbligatoria, e quello «*Beveridge*», connotato da una copertura per definizione universalistica e da risorse finanziarie provenienti dalla fiscalità generale⁶¹. Pur

⁵⁸ L. PALAZZANI, *Distribuzione delle risorse limitate: criteri etici per l'equità dell'accesso alle cure*, in *Recenti progr. med.*, 2023, 599.

⁵⁹ N. BOBBIO, *La grande dicotomia: pubblico/privato (1980-1982)*, in ID., *Stato, governo, società. Per una teoria generale della politica*, Torino, 1985, 3 ss.

⁶⁰ R. FERRARA, *op. cit.*, 149.

⁶¹ In tema, da ultimo, A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di «ulteriori*

con le diversità che i servizi sanitari nazionali presentano da paese a paese, sono stati, però, individuati almeno due elementi unificanti: la sostanziale congruenza delle dinamiche politiche, che vedono la crescente «domanda di salute» indirizzata verso lo Stato, che praticamente monopolizza di fatto la fornitura dei servizi sanitari; l'innovazione tecnologica, che risponde alla domanda di salute, ma al tempo stesso consente che essa aumenti⁶².

L'Italia è l'unico tra i Paesi dell'Unione europea ad aver cambiato, nel secolo scorso, il proprio modello di *welfare* sanitario da un sistema di tipo *Bismarck* a uno di tipo *Beveridge*.

Nell'analizzare la storia della nostra legislazione sanitaria, comunque, storici e politologi mettono in guardia sull'irriducibilità della questione della salute pubblica al contesto dello Stato sociale, in quanto le pratiche sanitarie mettono sempre in campo, pure nei sistemi pubblici più sviluppati della nostra epoca, anche attori privati. L'art. 32 della Costituzione, d'altronde, si limita a configurare un servizio sanitario «obbligatorio ad attivazione necessaria», ma non sembra imporne l'erogazione attraverso strutture pubbliche⁶³, lasciando aperte diverse possibilità: dall'istituzione di un sistema sanitario pubblico, alla promozione di un sistema misto, al finanziamento di soggetti privati. In altri termini, il carattere fondamentale del diritto alla salute, pur imponendo indubbiamente puntuali doveri di cura in capo ai soggetti pubblici coinvolti nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, non implica la realizzazione di un sistema caratterizzato dal monopolio pubblico dell'offerta sanitaria; com'è stato recentemente ribadito, anzi, il principio di sussidiarietà orizzontale sembra precludere, (anche) nel settore sanitario, opzioni ispirate a logiche monopolistiche⁶⁴.

Di recente, avveduta dottrina si è chiesta se sarebbe conforme alla nostra Costituzione un'organizzazione massicciamente (oppure esclusivamente) privatistica delle attività volte a rendere effettiva la tutela del diritto alla salute, come quelle di altri paesi (si pensi agli U.S.A. prima della c.d. *Obama Care*), che evidentemente muovono dal convincimento che ciò che davvero rileva sia la cura della persona in quanto tale, risultando total-

forme e condizioni particolari di autonomia” nella materia “tutela della salute”, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2024, 732-735.

⁶² G. PELISSERO, A. MINGARDI, *Introduzione*, in EAD. (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, 2010, 24-25.

⁶³ N. AICARDI, *op. cit.*, 630.

⁶⁴ A. GIANNELLI, *Il sistema sanitario della regione Lombardia, tra “sussidiarietà competitiva” e “sussidiarietà partecipativa”*, in www.federalismi.it, n. 12/2024, 228.

mente indifferenti le qualità soggettive delle strutture di servizio abilitate a conseguire tale obiettivo⁶⁵. La risposta è che non è tanto dall'art. 32 della Costituzione che si può trarre un principio generale idoneo a fondare la necessità, o anche solo la legittimazione, di un servizio sanitario necessariamente pubblico; ciò a differenza, ad es., del servizio nazionale di istruzione, chiaramente imposto dai successivi artt. 33 e 34⁶⁶. A una lettura meramente filologica e letterale, anzi, l'art. 32 sembrerebbe compatibile – secondo la dottrina in parola – con la messa in campo di un servizio oggettivamente pubblico quanto alla tipologia di interessi in cura, ma soggettivamente privatistico in quanto fondamentalmente conferito alle imprese private operanti in ambito sanitario; un risultato positivo sul piano della gestione e della soddisfazione degli interessi in gioco potrebbe essere, forse, ottenuto anche mediante un sistema assicurativo, se necessario con un adeguato contributo pubblico⁶⁷. E' interpretando l'art. 32 in combinato disposto con gli artt. 2 e 3 e alla luce della previsione di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), sui l.e.a. che «debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» che si rinviene, tuttavia, il fondamento non solo della legittimazione dell'intervento pubblico nel settore della sanità, ma addirittura della doverosità dell'organizzazione di un servizio sanitario pubblico, in quanto volto ad agevolare il conseguimento dei l.e.a. su tutto il territorio nazionale⁶⁸.

Di fatto, oggi il nostro sistema può ritenersi suddiviso in «tre pilastri: un primo pilastro rappresentato dal Servizio sanitario nazionale retto dal principio dell'universalità e globalità delle cure necessarie, gestito dallo Stato e dalle regioni; un secondo pilastro, la c.d. sanità integrativa, retto da una normativa stratificatasi negli anni e che ha permesso alla sanità integrativa di diventare sempre più “sostitutiva”; infine, la sanità privata, il terzo pilastro, gestito dalle compagnie assicurative, vale a dire s.p.a. che hanno come scopo la remunerazione dei propri azionisti e che, pertanto, non consentono agli assicurati le agevolazioni fiscali previste per gli enti di sanità integrativa»⁶⁹.

Nella realtà dei fatti, il rapporto pubblico/privato nel Servizio sanita-

⁶⁵ R. FERRARA, *Il servizio sanitario nazionale oggi e gli operatori privati nel campo della sanità: qualche semplice spunto di riflessione*, in CERIDAP, n. 2/2023, 176-177.

⁶⁶ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 177-178.

⁶⁷ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 179.

⁶⁸ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 180-181.

⁶⁹ P. MACCHIA, *Bismarck e Beveridge in Italia: rottura o eredità di una “patologia” irreversibile? Le situazioni di emergenza tra principio di uguaglianza e “frontiere interne”*, in www.federalismi.it, n. 18/2021, 274.

rio italiano è stato caratterizzato da periodiche oscillazioni⁷⁰: controverso già nel periodo post-unitario, esso si è complicato progressivamente con l'approvazione della Costituzione e poi con la legge istitutiva del 1978, è parso volgere nella direzione dell'integrazione nel riordino del 1992 ed è ridivenuto problematico, specie qualora il privato si trovi a concorrere con il pubblico nella distribuzione di risorse e dotazioni finanziarie, nel decreto Bindi, con cui il legislatore, preoccupato per l'aumento indiscriminato della spesa sanitaria, da contenere anche attraverso un maggiore controllo delle strutture private operanti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ha introdotto limiti ai principi della libertà di scelta dell'utente e della parità tra le strutture che offrono servizi a carico del pubblico⁷¹.

Una serie di disposizioni sulle quali non è qui possibile soffermarsi impediscono, infatti, di considerare le strutture pubbliche e private in posizione di parità, di consentire un'effettiva concorrenza nel mercato dei servizi sanitari⁷² e, quindi, la libera scelta dell'utente.

In sintesi, può dirsi che la c.d. «quarta riforma» del 1999 è stata connotata, per un verso, dal rafforzamento dei principi di programmazione e dall'introduzione, mediante il ricorso a metodologie rigide, di limitazioni all'attività libero-professionale dei medici; per altro verso, dall'accelerazione del processo di aziendalizzazione degli erogatori pubblici e dalla configurazione di un percorso molto dettagliato per l'equiparazione agli stessi degli erogatori privati, fondato sul meccanismo accreditamento/contratto. Ne è venuto fuori un mercato sanitario caratterizzato da una sorta di «concorrenza amministrata»⁷³, che potrebbe porre problemi di compatibilità con le previsioni europee sulla concorrenza: com'è noto, infatti, l'Unione europea considera servizi di interesse economico-generale, ai sensi

⁷⁰ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 181-184, parla di «un vero e proprio moto del pendolo».

⁷¹ M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012, 237-240, 245 e 249-253; F. LIGUORI, *Flessibilità e modelli organizzativi del S.S.N.*, in F. LIGUORI – A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, 2012, 13-14, secondo cui, con l'intervento del 1999, l'apertura al mercato che caratterizzava la legislazione del 1992-1993 ha ceduto il passo a logiche opposte, contraddistinte da rigidità programatorie, con effetti protezionistici degli operatori privati già inseriti nel S.S.N. in regime di riserva.

⁷² In argomento, *amplius*, M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Santarcangelo di Romagna, 2012, 303; da ultimo, V. CIACCIO, *Recenti orientamenti giurisprudenziali in tema di concorrenza nel settore sanitario*, in *Riv. AIC*, n. 3/2024, 169 ss.

⁷³ S. ANTONIAZZI, *Servizio sanitario nazionale e principio comunitario di libera prestazione di servizi*, in *Riv. it. dir. pubbl. com.*, 2004, 603 ss.

del Trattato, anche i servizi sanitari (ancorchè se ne interessi nella misura in cui ciò comporti la necessità di osservare, nella loro organizzazione ed erogazione, le norme in materia di concorrenza e di mercato interno e semprechè ciò non osti alla specifica missione loro affidata⁷⁴), sicchè la materia, in linea di principio riservata ai singoli Stati membri, assume rilievo per l'ordinamento europeo sotto i profili dell'accesso degli operatori al mercato, delle regole di funzionamento del mercato esistente, dei sistemi di raccordo tra i *providers* in esso operanti e dei sistemi di finanziamento e di retribuzione delle prestazioni⁷⁵.

La stessa Corte di giustizia europea, tuttavia, pur considerando i servizi sanitari servizi economici, non può far a meno di prender atto che la tradizione europea è basata in gran parte «sulla garanzia della tutela della salute in una cornice pubblica che assicura un servizio sanitario tendenzialmente universalistico»⁷⁶ e, anche di recente, «ha ribadito e illustrato come elementi solidaristici e concorrenziali possano convivere, senza che questo porti necessariamente a considerare le attività svolte nel contesto di un servizio sanitario come economiche»⁷⁷.

Di recente, la legge n. 118 del 2022 («Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021») ha, invero, apportato significative innovazioni alla disciplina dell'autorizzazione, dell'accreditamento e del convenzionamento delle strutture sanitarie private contenuta nel decreto legislativo n. 502 del 1992, e s.m.i.; tuttavia, le modificazioni introdotte non hanno stravolto l'impostazione

⁷⁴ M. D'ANGELOSANTE, *op. cit.*, 73, la quale precisa che la prova dell'incompatibilità del regime concorrenziale rispetto alla missione di interesse economico-generale spetta a chi intenda derogare allo statuto del mercato concorrenziale.

⁷⁵ S. CIVITARESE MATTEUCCI, M. D'ANGELOSANTE, *Concorrenza e sperimentazioni gestionali nella prospettiva comunitaria*, in *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, a cura di C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola, Bologna, 2011, 219 ss., spec. 221.

⁷⁶ S. CIVITARESE MATTEUCCI, *Servizi sanitari, mercato e "modello sociale europeo"*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca e S. Civitarese Matteucci, Milano, 2008, 361 ss., al quale si rinvia anche per un'ampia panoramica sulla giurisprudenza europea sul carattere economico dei servizi di interesse generale.

⁷⁷ Così S. GIUDICI, *Quando c'è la salute c'è tutto... fuorché un'attività economica. L'esclusione degli ospedali pubblici dalla nozione di impresa alla luce della recente giurisprudenza*, in *Quad. AISDUE*, n. 15/2023, 308, con riferimento a Sez. IX, 27 aprile 2023, in causa C-492/21 P, *Casa Regina Apostolorum della Pia Società delle Figlie di San Paolo c/ Commissione europea*, in <https://eur-lex.europa.eu>. Su tale pronuncia, v. anche A. FRANCINI, *Il Servizio Sanitario Nazionale tra principio di solidarietà e istanze concorrenziali: la sentenza della Corte di Giustizia Casa Regina Apostolorum*, in *San. pubbl. e priv.*, 2024, n. 3, 41 ss.

del sistema di concorrenza amministrata che regola l'inserimento di soggetti economici privati nel sistema sanitario nazionale, essendo intervenute su aspetti, nel tempo divenuti patologici, che ostacolavano un pieno dispiegamento di tale possibilità, garantita dall'art. 41 della Costituzione⁷⁸.

Permane da più parti il convincimento che il binomio programmazione-accreditamento non sia irrinunciabile⁷⁹: in particolare, «le barriere all'ingresso collocate in fase di accreditamento tradiscono una scarsa adesione al principio di sussidiarietà orizzontale e non sono affatto giustificate dalle esigenze (di per sé legittime e imprescindibili) di razionalizzazione della spesa sanitaria, giacché i flussi di risorse pubbliche conseguono solo alla successiva fase della contrattazione. Fase che, secondo l'insegnamento granitico della giurisprudenza, deve osservare un principio di autonomia e separazione dalla precedente fase di accreditamento»⁸⁰.

Più in generale, sul giusto dosaggio tra pubblico e privato nella sanità italiana non v'è affatto unanimità di opinioni.

Come evidenziato in dottrina, «la sfida odierna di molti Paesi è quella di assicurare la sostenibilità finanziaria dei propri sistemi sanitari pubblici senza pregiudicare i valori di copertura universale», sfida che richiede sempre più l'attuazione di politiche innovative «soprattutto in paesi colpiti da un forte debito pubblico come l'Italia, che puntino a migliorare il complessivo servizio pubblico reso al fine di ottenere il miglior servizio in termini di costi non pregiudicando l'equità»⁸¹.

In tale contesto, un nodo nevralgico del dibattito si è polarizzato sul tema del ricorso a forme di cooperazione tra soggetti pubblici e soggetti privati, generando una netta contrapposizione tra i sostenitori del potenziamento di tali *partnerships* in ambito sanitario quale occasione di risparmio di spesa ed efficientamento e i detrattori del modello, timorosi di compromettere, per tale via, la notazione universalistica ed egualitaria che caratterizza il nostro Servizio sanitario nazionale⁸².

⁷⁸ In argomento, *amplius*, F.G. CUTTAIA, *La concorrenza in sanità e la garanzia della tutela della salute del cittadino*, in www.federalismi.it, n. 7/2023, 41 ss.

⁷⁹ Spunti in tal senso in E. CARUSO, *L'accreditamento nei servizi sanitari e socio-sanitari fra esigenze di sistema e prospettive di liberalizzazione*, in *Ist. fed.*, 2017, 187.

⁸⁰ A. GIANNELLI, *op. cit.*, 242-243.

⁸¹ C. IAIONE, *Il diritto all'innovazione sostenibile per l'investimento nelle infrastrutture sociali. Un'analisi empirica*, in *Riv. giur. edil.*, 2021, 301 ss.

⁸² C. IAIONE, A. COIANTE, *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. giur. edil.*, 2022, 503 ss., ad avviso dei quali, a fronte delle sfide che il S.S.N. è chiamato

A nostro avviso, anche se non possiamo affidare la gestione della salute «pressoché completamente a strutture che rischiano di essere fortemente permeate da una logica di *Gemeinschaft* e non di *Gesellschaft*» e «dobbiamo sforzarci di conservare almeno uno spazio (strutturalmente pubblico; eticamente laico) in cui il cittadino *sans phrase* possa essere accolto e curato come semplice individuo»⁸³, dobbiamo considerare che il funzionamento del settore privato, data la presenza di un settore pubblico, può servire a migliorare l'efficienza complessiva del sistema sanitario e a garantire equità nell'accesso al consumo sanitario.

In quest'ottica, cercare di garantire un maggiore utilizzo di strumenti di cooperazione tra pubblico e privato (ma anche tra questi e altre tipologie di attori) non significa dismettere il ruolo dello Stato a favore del privato né compromettere, per tale via, la notazione universalistica ed egualitaria che caratterizza il nostro Servizio sanitario nazionale, bensì

ad affrontare, non pare esserci momento migliore per domandarsi se un corretto utilizzo degli strumenti di p.p.p. possa essere un valido punto di partenza per fronteggiare, in maniera efficiente e sostenibile, gli attuali e futuri investimenti. Non si tratterebbe solo di garantire al S.S.N. la possibilità di contare anche su capitali privati, ma soprattutto di mettere a sistema attori pubblici e privati per co-progettare, co-creare e co-gestire soluzioni e organizzazioni innovative, condividendo risorse economiche, competenze, rischi e vantaggi che possano generare valore per la società. Dello stesso avviso sono C. BOTTARI, E. CATERINI, E. JORIO, *Il miglioramento del sistema pubblico passa attraverso il privato investitore*, in *San. pubbl. e priv.*, 2023, 5 ss., secondo i quali il sistema socio-sanitario è ormai bisognoso di consistenti investimenti, che la Repubblica non si può permettere, destinati a un'imponente generazione di servizi e prestazioni essenziali per la tutela della salute della collettività, in tutti e tre i suoi macro-livelli erogativi: prevenzione, assistenza territoriale e ospedaliera. Da qui l'esigenza pressante di un maggiore «ricorso strumentale di accesso al privato». Del tutto diversa è l'opinione di chi denuncia i rischi della c.d. «privatocrazia sanitaria», che metterebbe a rischio la democrazia (C. CORDELLI, *Privatocrazia. Perché privatizzare è un rischio per lo Stato moderno*, Milano, 2022), e afferma che «il sempre maggior ruolo della sanità privata in sostituzione e salvataggio del SSN e la sua conseguente forza economica hanno progressivamente indebolito il sistema pubblico, generando un senso di insoddisfazione dei cittadini e degli stessi operatori sanitari, i primi non più tutelati da quel patto sociale che li dovrebbe vedere contribuenti ai sensi dell'art. 53 Cost. e specularmente fruitori di servizi sanitari gratuiti e pubblici ai sensi degli art. 3 e 32 Cost., i secondi comprensibilmente attratti da condizioni economiche, ma più in generale, ambientali indubbiamente migliori» (P. D'ONOFRIO, *Organizzazione sanitaria e territorio*, in *Sanità rurale e assistenza decentrata. Spagna e Italia. Esperienze a confronto*, a cura di C. Bottari, P.J. Tàrraga López e J. Cantero Martínez, Napoli, 2024, 180-181).

⁸³ A. ROMANO TASSONE, *Sussidiarietà "orizzontale" e tutela della salute*, in *San. pubbl. e priv.*, 2003, 643-644.

garantire la realizzazione di un'idea di Stato differente: uno Stato che sia in grado di agire come investitore di prima istanza, catalizzando nuovi tipi di crescita attraverso il coinvolgimento del settore privato sul fronte degli investimenti nell'innovazione sostenibile⁸⁴.

Autorevoli economisti hanno recentemente osservato che il governo di un sistema complesso com'è quello sanitario non può essere messo in opera restando all'interno della tradizionale contrapposizione tra una visione statalista e una liberista dell'ordine politico-economico⁸⁵. Secondo tale concezione, controllo statale e meccanismo di mercato vengono visti come alternative antitetiche per il disegno di un sistema sanitario, mentre è risaputo che né l'istituzione Stato né l'istituzione mercato sono in grado, da sole, di risolvere conflitti fondamentali e, in particolare, di sciogliere in modo accettabile quelle «scelte tragiche» che si presentano in sanità in modo sistematico e non occasionale. Rispetto a tale concettualizzazione dicotomica, invero alquanto obsoleta, appare più promettente la via di un rapporto cooperativo tra settore pubblico e settore privato, secondo cui lo Stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare le sacche di inefficienza endemicamente presenti in sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi, sempre in agguato, del privatismo sanitario. Al tempo stesso, al settore privato, che deve articolarsi nelle forme diverse ma complementari dell'economia privata e dell'economia civile, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive rispetto a quelle raccolte con la fiscalità generale per rendere sostenibile un *welfare* sanitario di tipo universalistico e di contrastare le tentazioni ricorrenti di dirigismo economico e politico, mostrando, con i fatti, come si possa arrivare a esiti socialmente ottimali in sanità.

Del tutto condivisibile, dunque, ci sembra l'auspicio che «il principio della doppia legittimazione, della “mano visibile” dello Stato e della libertà degli operatori privati, possa trovare una rinnovata, piena applicazione, in vista del fondamentale obiettivo di assicurare più elevati *standard* di tutela della salute della persona su tutto il territorio nazionale»⁸⁶.

⁸⁴ M. MAZZUCATO, *Non sprechiamo questa crisi*, Roma-Bari, 2020, 82.

⁸⁵ S. ZAMAGNI, *Qualità medica e governo delle strutture sanitarie: l'alleanza pubblico-privato-civile*, in *Recenti progr. med.*, 2023, 608.

⁸⁶ R. FERRARA, *op. ult. cit.*, 187.

4. *Il governo della sanità tra Stato e regioni: l.e.a. e regionalismo differenziato*

Le «variabili» attorno alle quali dovrà fondarsi qualsiasi ulteriore progetto di riordino del governo della sanità riguardano anche il problema dell'allocazione e della distribuzione dei compiti e delle funzioni tra Stato e regioni, da riguardare oggi alla luce del Titolo V della Parte Seconda della Costituzione, che ha certamente ampliato l'ambito materiale delle competenze legislative regionali, sostituendo all'originaria voce «assistenza sanitaria ed ospedaliera» quella «tutela della salute», oggi annoverata tra le materie di legislazione concorrente nell'art. 117, comma 3, della Costituzione. Si tratta di un'ulteriore opzione strategica che dovrà connotare le future scelte legislative intese a migliorare il sistema attuale e sulla quale, pertanto, è opportuno indagare, seppure nei ristretti limiti di spazio a disposizione.

Com'è noto, le competenze regionali acquisite con il riordino del 1992 – mediante il mantenimento allo stato della definizione dei l.e.a. secondo le disponibilità economiche stabilite dalle leggi finanziarie annuali e il trasferimento alle regioni delle più ampie competenze sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi in cambio della responsabilità di far fronte con risorse proprie a eventuali eccessi di spesa rispetto ai trasferimenti statali – erano state mitigate, da un lato, dalla riforma Bindi del 1999 mediante il riconoscimento di un ruolo significativo anche ai comuni, che erano stati totalmente estromessi dalla riforma Amato–De Lorenzo⁸⁷, e, dall'altro, dalla previsione che i l.e.a. sarebbero stati definiti a livello nazionale «contestualmente alla determinazione delle risorse finanziarie» – che, nel riordino del 1992, rappresentava, invece, la priorità assoluta⁸⁸ – e «garantiti in modo uniforme da tutte le Regioni attraverso le Aziende sanitarie locali» (d.p.c.m. 29 novembre 2001)⁸⁹.

⁸⁷ Secondo F. TARONI, *Tempi moderni*, cit., 63, allo scopo di innescare un *Region building* competitivo.

⁸⁸ Tanto da indurre A. MARTINO, *Art. 1*, in *La nuova sanità*, coordinato da F.A. Roversi Monaco, Santarcangelo di Romagna, 1995, 24, a commentare in questi termini: «In concreto si stabilisce che spetta allo Stato determinare quanta parte del reddito nazionale può essere destinata alla funzione di tutela della salute e, una volta stabilita tale variabile indipendente, spetta parimenti ad esso fissare i livelli di assistenza coerenti con tale determinazione».

⁸⁹ F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Roma, 2015, 416. Nel senso che «[l]a peculiarità della riforma del 1999 è (dal punto di vista valoriale) nella negazione di una netta subordinazione della tutela del diritto alla salute alla misura delle risorse a disposizione e (dal punto di vista organizzativo) nella centralità dei Lea (che giustificano la peculiare dinamica dei rapporti fra Stato e Regioni)», F. POLITI, *op. cit.*, 589.

A seguito delle accuse di «centralismo» e di «statalismo» mosse da più parti alla riforma del 1999⁹⁰, le competenze regionali erano state consolidate, nel 2001, dall'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione⁹¹, che ha bilanciato l'estensione della potestà legislativa concorrente delle regioni al campo della «tutela della salute»⁹² rispetto all'angusta competenza sull'«assistenza sanitaria e ospedaliera» dell'originario art. 117⁹³ con il vincolo del rispetto dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale (comma 3) e con la competenza esclusiva statale sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale (comma 2, lett. *m*)⁹⁴. Una scelta che – com'è stato subito notato – riflette l'esigenza, per la sede normativa centrale, di assicurare che la tutela dei diritti sociali (tra cui la salute) avvenga in maniera equa e uniforme, cioè a parità di condizioni, su tutto il territorio nazionale, ma non esclude la diversificazione organizzativa e funzionale dei sistemi idonei ad assicurare queste prestazioni minime e uguali per tutti⁹⁵.

Invero, secondo accreditata dottrina, con riguardo al settore sanitario, a differenza di altri, la riforma costituzionale del 2001 è parsa mirare più

⁹⁰ Per tutti, S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in *Il governo della sanità*, a cura di G. Amato, S. Cassese, G. Turchetti e R. Varaldo, Milano, 1999, 21, il quale affermò che «il servizio sanitario che esce dal nuovo decreto legislativo è un servizio sanitario imperiale, ordinato come una piramide, simmetrico, che risponde forse ai bisogni di governo del centro, non necessariamente ai bisogni della collettività».

⁹¹ Nel senso che l'obiettivo della riforma fosse proprio quello di «consolidare e rafforzare quell'opzione regionale, in un quadro complessivo di distribuzione delle competenze tra enti territoriali che valorizzava l'autonomia senza escludere momenti di sintesi, di uniformità e di garanzia riconosciuti allo Stato (legislatore e non legislatore)», D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osserv. cost.*, n. 1/2018, 3.

⁹² Cfr. G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 89 ss.

⁹³ Si è osservato, giustamente, al riguardo che, oltre ad aversi una potestà più intensa, è l'oggetto stesso della competenza regionale a essere più ampio, atteso che la tutela della salute non riguarda soltanto gli aspetti acuti di protezione del diritto, ma anche le altre attività di prevenzione e di cura che mirano al benessere fisico e psichico della popolazione: L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in www.forumcostituzionale.it (settembre 2013), § 1.

⁹⁴ F. TARONI, *op. ult. cit.*, 418; ID., *Tempi moderni*, cit., 57; già prima, R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002, 65 ss.

⁹⁵ G. CILIONE, *Il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria*, in *Ist. fed.*, 2001, 990.

a una sistemazione della complessa realtà sedimentatasi negli anni che a “inventare” qualcosa di realmente nuovo, legittimando una tendenza già radicata a differenziare i modelli organizzativi sanitari su base regionale⁹⁶. Del resto, il «progressivo ampliamento dell'autonomia regionale ha riguardato soprattutto l'assetto organizzativo, non essendo mai stati messi in discussione né la potestà legislativa statale di determinazione dei principi fondamentali della materia, né il sistema di programmazione nazionale di obiettivi e risorse che da sempre ha costituito – con i suoi pregi e difetti, e con tutti i limiti evidenziati in sede di attuazione – un potente strumento di tenuta dell'unitarietà del sistema delle prestazioni sanitarie»⁹⁷.

Purnondimeno, è apparso subito a tutti scontato che le sorti della riforma del 2001 sarebbero dipese in gran parte dall'atteggiamento che avrebbero assunto nella sua interpretazione sia il legislatore statale che quello regionale, nonché la Corte costituzionale⁹⁸.

Lo spazio a disposizione non ci consente di passare in rassegna tutta la giurisprudenza costituzionale in materia, sicché ci limitiamo ad alcune indicazioni sulle pronunce in tema di l.e.a.⁹⁹, rinviando per maggiori approfondimenti alla corposa elaborazione dottrinale¹⁰⁰.

⁹⁶ R. FERRARA, *op. cit.*, 131; più di recente, C. PINELLI, *Cinquant'anni di regionalismo, fra libertà dallo Stato e culto per l'uniformità*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 756.

⁹⁷ C. TUBERTINI, *Regioni e servizi pubblici. I servizi sanitari regionali*, in G. GARDINI, C. TUBERTINI, *L'amministrazione regionale*, Torino, 2022, 427.

⁹⁸ Così, tra i tanti, G. CILIONE, *op. cit.*, 989.

⁹⁹ Notoriamente, i l.e.a. «sono costituiti dall'insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio sanitario nazionale eroga a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un *ticket*, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza»: T.A.R. Veneto, Sez. III, 7 maggio 2015, n. 491, in *Giurisd. amm.*, 2015, II, 774. L'art. 1, comma 791, l. n. 197/2022 (legge di bilancio per l'anno 2023) definisce i l.e.p. la «soglia di spesa costituzionalmente necessaria che costituisce nucleo invalicabile per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, per assicurare uno svolgimento leale e trasparente dei rapporti finanziari tra lo Stato e le autonomie territoriali, per favorire un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza [...] e il pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti ai diritti civili e sociali e quale condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni».

¹⁰⁰ *Ex plurimis*, V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in www.federalismi.it, n. 7/2018; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, *ivi*, novembre 2017; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, 3371 ss.; R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009, 81

Innanzitutto, va detto che la Consulta ha ritenuto legittima l'imposizione della riduzione delle risorse degli enti territoriali per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica¹⁰¹, a patto che la riduzione sia ragionevole e tale da non pregiudicare le funzioni assegnate all'ente territoriale: infatti, «l'eccessiva riduzione delle risorse e l'incertezza sulla loro definitiva entità [...] non consentono una proficua utilizzazione delle stesse»¹⁰². Ferma restando, quindi, la discrezionalità politica del legislatore statale nell'individuazione dei l.e.a., non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica, in quanto l'effettività del diritto di ottenere l'erogazione di prestazioni indefettibili «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto»¹⁰³.

Sotto altro profilo, poi, la Corte ha evidenziato che la competenza statale concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni e solo in circostanze eccezionali può spingersi all'erogazione di provvidenze o alla gestione di sovvenzioni direttamente da parte dello Stato¹⁰⁴; la determinazione degli standard, in particolare, dev'essere garantita, con carattere di generalità, «per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di determinate prestazioni, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»¹⁰⁵. Secondo la Consulta, inoltre, «la misura della compartecipazione deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale, giacché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni, considerato che dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di

ss.; C. TUBERTINI, *La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell'organizzazione del servizio sanitario*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *op. cit.*, 433 ss.; E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fondamentali*, in *Giur. cost.*, 2007, 4333 ss.; V. MOLASCHI, «*Livelli essenziali delle prestazioni*» e *Lea sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito*, in *Foro amm. – TAR*, 2003, 181 ss.; T. NICOLAZZI, *I livelli essenziali di assistenza*, *ivi*, 2002, 1744 ss.

¹⁰¹ *Ex multis*, sent. 26 gennaio 2004, n. 36, in *Foro amm. – CdS*, 2004, 333, con nota di M. BARBERO, *Il Patto di stabilità interno all'esame della Corte costituzionale*.

¹⁰² Sent. 29 gennaio 2016, n. 10, in *Foro it.*, 2016, I, 3721, con nota di G. D'AURIA, *Nuove province e città metropolitane: funzioni amministrative e (in)adeguatezza delle risorse finanziarie*.

¹⁰³ Sent. n. 275/2016, cit.

¹⁰⁴ Sent. 14 luglio 2017, n. 192, in *Foro it.*, 2018, I, 1501.

¹⁰⁵ Sent. 2 novembre 2017, n. 231, in *Giur. cost.*, 2017, 2337.

vista economico, dei cittadini alla loro fruizione»¹⁰⁶. Ciò vale anche per le regioni a statuto speciale che sostengono il costo dell'assistenza sanitaria nei rispettivi territori, in quanto «la natura stessa dei cosiddetti LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale»¹⁰⁷.

In concreto, si è effettivamente registrato un atteggiamento alquanto cauto dello Stato, che, «piuttosto che optare per un'unilaterale ed autonoma iniziativa legislativa, [...] ha più moderatamente utilizzato lo strumento dell'accordo con le autonomie territoriali, componendo, dunque, con modalità negoziate e programmatiche, possibili divergenze e pericolose sovrapposizioni in riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie»¹⁰⁸. Del resto, la giurisprudenza costituzionale ha dichiarato irrinunciabile il rispetto del principio di leale collaborazione nella sua forma più incisiva, esigendo l'intesa della Conferenza permanente quale condizione indispensabile per assicurare il necessario coinvolgimento delle regioni e degli enti locali nella definizione e attuazione dei l.e.a.¹⁰⁹ e rilevando che «la disciplina del settore sanitario [...] è interamente improntata al principio di leale cooperazione. A partire dal 2000, lo Stato e le regioni stipulano particolari intese, denominate "Patti per la salute", volte a garantire l'equilibrio finanziario e i livelli essenziali delle prestazioni per il successivo triennio»¹¹⁰. L'approccio collaborativo, peraltro, è stato recentemente ribadito nella stessa disciplina delle procedure di definizione e aggiornamento dei l.e.a., secondo le previsioni nuovamente esplicitate nella legge di stabilità per il 2016¹¹¹.

Nel complesso, è parso a tutti evidente che la legislazione statale ha solitamente occupato lo spazio del legislatore regionale e che tale intru-

¹⁰⁶ Sent. 16 luglio 2012, n. 187, in *Giur. cost.*, 2012, 2714 e 3749 (s.m.), con nota di F. MANNELLA, *Concorrenza di competenze e potestà regolamentare nella disciplina del ticket sanitario*; nello stesso senso, già sent. 13 giugno 2008, n. 203, *ivi*, 2008, 2304.

¹⁰⁷ Corte cost., sent. n. 187/2012, cit.

¹⁰⁸ C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, 2^a ed., Torino, 2011, 63.

¹⁰⁹ Cfr., ad es., sent. 8 maggio 2007, n. 162, in *San. pubbl. e priv.*, 2007, 318.

¹¹⁰ Sentt. n. 187/2012, cit., e 31 marzo 2006, n. 134, in *Giur. cost.*, 2006, 1249, con note di L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, ed E. PESARESI, *Art. 117, 2° comma, lett. m), cost.: la determinazione anche delle prestazioni? Tra riserva di legge e leale collaborazione, possibili reviviscenze del potere di indirizzo e coordinamento*.

¹¹¹ Art. 1, commi 554 e 559, l. n. 208/2015.

sione è stata, di regola, avallata dalla giurisprudenza costituzionale sia attraverso un'interpretazione estensiva della materia «tutela della salute» e dei principi fondamentali ad essa relativi, ritenuti comprensivi dell'aspetto organizzativo, sia, almeno in un primo tempo, annettendo alla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di l.e.a. anche i profili organizzativi¹¹². Laddove si tratti di «ricollocare al centro» le scelte in sanità, però, sembra comunque prevalere la tendenza a rafforzare e valorizzare il modello collaborativo tra lo Stato e le autonomie regionali¹¹³. In altri termini, l'individuazione di un giusto equilibrio tra esigenze di uniformità di tutela del diritto alla salute e modelli organizzativi ormai differenziati rispetto ai quali è riconosciuta un'ampia autonomia alle regioni – le quali peraltro, verosimilmente a causa dell'elevata instabilità del quadro costituzionale in materia, hanno per lo più preferito limitarsi a qualche correzione del proprio assetto organizzativo¹¹⁴ – non può che essere operata attraverso il principio della leale collaborazione, rimettendo la concreta definizione di tale equilibrio alle previste sedi di raccordo¹¹⁵.

Tirando le somme, comunque, è apparso paradossale che mentre,

¹¹² In tal senso, E. MENICHETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *op. cit.*, 23 ss., spec. 27-31. Di «una giurisprudenza costituzionale non sempre coerente circa il grado di “tollerabilità” degli interventi legislativi statali estremamente dettagliati» ha parlato D. MORANA, *op. ult. cit.*, 7.

¹¹³ D. MORANA, *op. ult. cit.*, 15.

¹¹⁴ Sul punto, *amplius*, C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali* (Intervento all'Incontro del Gruppo S. Martino su: «L'immagine ed il luogo dell'Amministrazione nelle sentenze della Corte Costituzionale successive alla riforma del Titolo V» – Perugia, 10-11 novembre 2005), in www.astrid-online.it, 21 ss. del *paper*. Il modello lombardo (su cui F. TOTH, *La sanità in Italia*, Bologna, 2014, 63 ss.; da ultimo, A. GIANNELLI, *op. cit.*, 243 ss.) rappresenta probabilmente l'unico esempio di effettiva differenziazione, mentre gli altri sistemi regionali si sono connotati come mere varianti rispetto allo schema nazionale: C. TUBERTINI, *Regioni e servizi pubblici*, cit., 431-432.

¹¹⁵ In tal senso, *ex multis*, E. BALBONI, *Diritti sociali, sanità e prospettive del federalismo*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *op. cit.*, 99, il quale suggerisce di evitare eccessi statalisti o regionalisti, che risulterebbero, in materia sanitaria, incongrui e immotivati; già prima, M. MIGLIORANZA, *Sanità e principi fondamentali: la programmazione regionale*, in *Foro amm.* – *CdS*, 2005, 2439. Sul ruolo della Conferenza Stato-regioni in materia sanitaria, per tutti, R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della conferenza Stato-regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»)*, in *Quad. reg.*, 2004, 20-25.

da un lato, la definizione esatta dell'elenco delle prestazioni sanitarie da garantire sia avvenuta sulla base di parametri di equità, pertinenza, appropriatezza ed efficacia dettati dalla legge, garantendo un ampio livello di globalità del servizio, l'assenza di una contestuale individuazione di standard qualitativi da osservarsi da parte di tutte le strutture abbia reso difficile la costruzione di un quadro coerente di indicatori di *performance*: proprio a tale lacuna vengono generalmente imputati gli amplissimi divari che tuttora caratterizzano i livelli di servizio nelle diverse parti del territorio italiano¹¹⁶.

Le reazioni a tali criticità sono state diametralmente opposte: da un lato, la proposta di ampliare la competenza statale esclusiva includendovi espressamente elementi dell'organizzazione sanitaria, contenuta nel testo «Renzi-Boschi» respinto nel referendum costituzionale del 2016; dall'altro, le richieste, da parte di alcune tra le regioni più attente nell'adempiere all'erogazione dei l.e.a. (Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna), di forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'art. 116, comma 3, della Costituzione.

Com'è noto, rispetto a quest'ultima richiesta, si sono registrate più perplessità che consensi. In particolare, si è detto che in sanità l'attuazione del regionalismo differenziato presenta profili nettamente diversi rispetto a tutti gli altri settori e la stessa esistenza di un Servizio sanitario nazionale è stata intesa come un limite alla previsione di generalizzate e generiche differenziazioni tra i servizi sanitari regionali¹¹⁷, sino a ritenere indefettibili, in quanto strumenti di garanzia e di attuazione dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale, tutti i principi fondamentali della legislazione statale¹¹⁸.

Invero, secondo accorta dottrina, il rischio che l'attuazione del regionalismo differenziato portasse alla decostruzione dell'impianto e della logica del Servizio sanitario nazionale avrebbe potuto essere, forse,

¹¹⁶ V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *BioLaw Journal*, n. 2/2019, 45.

¹¹⁷ In tal senso, *ex multis*, R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 473.

¹¹⁸ C. TUBERTINI, *op. ult. cit.*, 438, la quale osserva che le critiche non sono state formulate solo dalle regioni meridionali, preoccupate che una più marcata differenziazione comportasse un'ulteriore riduzione delle risorse a loro destinate, ma anche dal mondo della sanità, interessato a una piena ed effettiva autonomia dei servizi sanitari regionali, seppure in un quadro di uguaglianza sostanziale del servizio offerto ai cittadini.

scongiurato mediante una rigorosa precisazione degli oggetti specifici sui quali ottenere la maggiore autonomia e degli standard nazionali e principi fondamentali da ritenersi inderogabili¹¹⁹.

Comunque sia, sta di fatto che, com'è noto, dopo i tentativi compiuti tra la XVII e la XVIII legislatura, l'*iter* verso il raggiungimento delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, arrestato dall'erompere della pandemia, è ripreso – paradossalmente, dopo che il P.N.R.R., a dispetto della territorializzazione impressa alla sanità italiana, era parso costituire un momento di ulteriore accentramento per il riparto di competenze in materia sanitaria¹²⁰ – il 23 marzo 2023, con la presentazione del disegno di legge di iniziativa del Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie Roberto Calderoli, disegno che è stato definitivamente approvato ed è divenuto legge dello Stato¹²¹, ma formando subito oggetto di un quesito di abrogazione piena presentato il 5 luglio scorso dalle forze politiche di opposizione¹²².

A soli sei mesi circa dalla sua entrata in vigore, la legge 26 giugno 2024, n. 86 è stata, però dichiarata costituzionalmente illegittima sotto

¹¹⁹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, n. 2/2019, 12.

¹²⁰ Osserva al riguardo S.R. VINCETI, *Il riparto di competenze in materia sanitaria alla prova del Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in www.osservatoriosullefonti.it, n. 2/2024, 255-256, che l'organizzazione della sanità territoriale aveva a suo tempo rappresentato un importante luogo di manifestazione delle diverse sensibilità regionali, come dimostrato dalla vicenda delle Case della Salute, strutture sì incentivate da un intervento statale, ma pur sempre ascrivibili alla libera e responsabile adesione delle istituzioni regionali, che solo in taluni casi hanno deciso di implementarle. Nel momento in cui questo modello di organizzazione della sanità territoriale è, invece, fissato in modo *top-down* a seguito di una interlocuzione da cui sono rimaste escluse le autonomie regionali, il P.N.R.R. finisce per determinare una compressione della creatività legislativa regionale. A dispetto degli auspici di parte della dottrina, inoltre, nemmeno la fase discendente dell'implementazione del Piano sembra aver posto significativo rimedio alla marginalizzazione delle regioni nella fase ascendente, in quanto l'atto applicativo nevralgico con cui si è data applicazione alla M6C1 – il d.m. n. 77/2022 – è stato adottato in assenza d'intesa con lo Stato. Il P.N.R.R. ha finito così per rappresentare una nuova occasione di depauperamento nel quadro di una parabola costituzionale che, ad onta delle intenzioni della riforma del 2001, ha più volte segnato il verso dello sconfinamento statale nelle prerogative organizzative regionali.

¹²¹ L. 26 giugno 2024, n. 86.

¹²² Su tale quesito, *amplius*, G. STARRANTINO, *Prime considerazioni a margine della legge Calderoli: un'occasione di riforma perduta*, in www.giurcost.org, 9 luglio 2024, 886-889.

molteplici profili¹²³, tra cui, per quanto qui d'interesse, la procedura di definizione dei L.E.P.

Ciononostante, pochi giorni dopo, l'Ufficio Centrale per il Referendum presso la Corte di cassazione ha dichiarato conformi a legge le richieste di referendum relative all'abrogazione totale di tale legge¹²⁴.

La palla è passata, quindi, nuovamente alla Corte costituzionale, questa volta per il giudizio di ammissibilità¹²⁵.

Comunque andranno le cose, certo è che, sul piano finanziario, permangono notevoli incertezze sulla tenuta del sistema in seguito al trasferimento delle competenze previsto dalla legge n. 86 del 2024.

In particolare, già da tempo è stato segnalato il rischio che, senza adeguati strumenti di perequazione, le disparità tra le regioni possano acuirsi, compromettendo l'equilibrio e la coesione territoriale¹²⁶: è «difficile, infatti, far funzionare l'autonomia differenziata per alcune Regioni se, prima e parallelamente, non si attua il meccanismo di finanziamento e perequazione delle funzioni già attribuite alle Regioni»¹²⁷. A ragione, pertanto, si è notato come la questione del margine di differenziazione possibile tra i servizi sanitari regionali in un modello strutturato come sistema a rete nazionale si intrecci, com'è ovvio, con quella del finanziamento – necessitando il mantenimento di questa rete di un intervento perequativo centrale che consenta di assicurare a tutte le regioni una provvista adeguata di risorse – e si connetta strettamente

¹²³ Sent. 3 dicembre 2024, n. 192, in www.cortecostituzionale.it, su cui, *ex multis*, C. BUZZACCHI, *Pluralismo, differenze, sussidiarietà ed eguaglianza: dalla sentenza n. 192 del 2024 il modello per il sistema regionale «differenziato»*, in www.astrid_online.it, n. 18/2024.

¹²⁴ Ord. 12 dicembre 2024, n. 13, in www.federalismi.it, n. 30/2024, su cui, criticamente, A. RUGGERI, *Dopo la pronuncia della Cassazione, il referendum “totale” sulla legge 86 del 2024 cambia pelle, convertendosi in ... parziale*, in *Diritti Regionali*, n. 3/2024, 881 ss.

¹²⁵ A. POGGI, *Il referendum sul regionalismo differenziato: i principi, l'attuazione, le Corti e la sovranità popolare*, in www.federalismi.it, n. 1/2025.

¹²⁶ F. MANGANARO, *Il regionalismo differenziato nell'attuale dibattito parlamentare*, in www.federalismi.it, n. 9/2024, 10 ss.; F.S. FLORIO, *Le disuguaglianze tra le Regioni rispetto ai sistemi di governance dei Servizi Sanitari e le recenti proposte di autonomia differenziata*, in *San. pubbl. e prin.*, 2024, n. 1, 21 ss.; C. BOTTARI, F. LAUS, *La necessaria ascesa della differenziazione regionale dell'assistenza sanitaria*, in *Scritti in memoria di B. Caravita di Toritto*, cit., II, 1787-1788, secondo i quali «[l']inevitabile conseguenza dell'attuazione di tale differenziazione è quella di giungere ad un regionalismo asimmetrico, caratterizzato da una “specialità su misura”, che pone a rischio, almeno in astratto, l'uniformità del sistema, considerato che fino ad oggi le regioni a statuto ordinario sono state considerate un “blocco unico”».

¹²⁷ F. GALLO, *Costituzione, federalismo fiscale e autonomia differenziata*, in *Dir. e prat. trib.*, 2024, 432.

a quella dei l.e.a.¹²⁸. L'art. 116, comma 3, della Costituzione esige, d'altronde, il rispetto dei principi sanciti dal successivo art. 119, che valgono anche per le autonomie speciali, e l'attuazione di quest'ultimo¹²⁹, a garanzia del principio di eguaglianza¹³⁰ contro «fughe in avanti del regionalismo differenziato»¹³¹.

Più in generale, è parso impensabile che la scelta di un certo tipo di sistema sanitario anziché di un altro «possa non essere fatta o possa riguardare soltanto alcune regioni e non l'intera Nazione, con un procedimento che, in generale, sembra destinato a coinvolgere molto poco sia il Parlamento nazionale, sia gli organi rappresentativi a livello regionale»¹³².

Non manca, tuttavia, chi ritiene che concordare la cessione di nuove competenze su materie cruciali non possa e non debba essere considerato un tabù e nota che da oltre un ventennio le regioni operano in questa direzione, concorrendo al mantenimento dei l.e.a. con la supervisione del Ministero della Salute e del «Nuovo Sistema di Garanzia»¹³³.

Del tutto condivisibile è, comunque, l'auspicio che all'attuazione della differenziazione corrisponda l'accentuazione del ruolo di pertinenza dello Stato nell'assicurare che tale transizione, in presenza delle diversità (quanto ai tassi di sviluppo economico e al grado di rispondenza al buon andamento della gestione politico-amministrativa) che tuttora si riscontrano nel nostro Paese, «si mantenga comunque nell'ambito del costituzionalmente sostenibile. Un ruolo su cui grava l'onere di apprezzare le aspettative di effettività del diritto alla salute sull'intero territorio nazionale e di provvedere pertanto allo stanziamento di risorse nella misura idonea a concretizzare l'impegno costituzionale a garantire i corrispondenti livelli essenziali delle prestazioni»¹³⁴.

¹²⁸ C. TUBERTINI, *Il servizio pubblico sanitario: la differenziazione possibile, praticata, rivendicata*, in *Munus*, 2023, 117.

¹²⁹ E. LEHNER, *LEA e salute nello Stato regionale*, in *Scritti in memoria di B. Caravita di Toritto*, cit., II, 2020.

¹³⁰ S. MANGIAMELI, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Reg.*, 2027, 661 ss.

¹³¹ B. CARAVITA, *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali*, in www.federalismi.it, 21 aprile 2021, 5.

¹³² A. PITINO, *op. cit.*, 766.

¹³³ S. DOMPÈ, *Sanità, ecosistemi da valorizzare*, in *Il Sole 24 Ore*, 11 settembre 2024, secondo cui nuove forme di coinvolgimento dei territori possono porre le basi per un modello regionalistico più efficace e inclusivo, innescando un nuovo percorso di sviluppo delle competenze delle amministrazioni regionali.

¹³⁴ R. NANIA, *Alcune note in tema di diritto alla salute e attuazione del regionalismo differenziato*, in C. BOTTARI, P.J. TÁRRAGA LÓPEZ, J. CANTERO MARTÍNEZ (a cura di), *op. cit.*, 145.

5. *Il futuro del servizio sanitario alla luce dell'esperienza pandemica: a) la telemedicina*

Per disegnare la sanità del futuro, tante sarebbero le cose da fare, ma evidentemente non possono essere tutte esaminate in questa sede. Siamo costretti, pertanto, a individuare due temi di confronto, il primo dei quali è la telemedicina.

Durante la pandemia, il necessario distanziamento sociale finalizzato a evitare il contagio era difficilmente compatibile con la relazione terapeutica tra medico e paziente, per cui è risultata di grande aiuto la telemedicina, che consente l'espletamento di prestazioni sanitarie anche se medico e paziente non sono presenti contestualmente nello stesso luogo¹³⁵.

L'utilità di tale strumento nella gestione delle malattie croniche, onde poter garantire la continuità nelle cure in una visione di integrazione tra ospedale e medicina territoriale, era stata, invero, rilevata già prima della diffusione del Covid-19, specie in un paese come l'Italia, in cui la popolazione anziana aumenta progressivamente e vi sono tante piccole isole, in cui è più difficile soddisfare la domanda di salute a causa della problematicità dei trasporti e della scarsità di investimenti strutturali e di risorse professionali in ragione della popolazione esigua¹³⁶. A livello sovranazionale, il ricorso alla telemedicina viene incoraggiato da circa un ventennio quale mezzo per affrontare le nuove sfide dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento delle cronicità e, soprattutto, per realizzare il superamento delle barriere geografiche in modo economicamente sostenibile¹³⁷, mentre, a livello nazionale, abbiamo dovuto attendere dieci anni in più¹³⁸ per una prima regolamentazione del fenomeno.

Come accaduto in tanti altri settori, l'esperienza pandemica – che, come tutte le crisi, ha giocato un ruolo di acceleratore, imponendo l'en-

¹³⁵ L. FERRARO, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Dir. inform. e inf.*, 2022, 837.

¹³⁶ F. SAITTA, *La tutela della salute nelle isole minori: il punto della situazione*, in *San. pubbl. e prin.*, 2017, 5 ss.

¹³⁷ Risalgono, infatti, rispettivamente al 2005 e al 2008 la strategia dell'O.M.S. sull'*e-health*, che comprende telemedicina, e la comunicazione della Commissione dell'U.E. «*Telemedicine for the benefit of patients, healthcare systems and society*» COM(2008)689 final. Sulle politiche europee volte a implementare la telemedicina, di recente, R. SENIGAGLIA, *Telemedicina ed assenza fiduciaria del rapporto di cura*, in *Pers. e merc.*, 2023, 470 ss.

¹³⁸ Cioè, le «Linee di indirizzo nazionali» elaborate dal Ministero della Salute nel 2014.

trata in vigore di nuove e ben più specifiche «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina», approvate in Conferenza Stato-Regioni nel 2020¹³⁹ – ha fatto sì che il ruolo della telemedicina diventasse basilare all'interno della Missione 6 del P.N.N.R. e in particolare con riguardo all'ambito di intervento M6C1 («Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale»), il cui sviluppo viene ritenuto essenziale al fine di «superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio», nonché «a sostegno dell'assistenza domiciliare»¹⁴⁰.

I cittadini, peraltro, si stanno rendendo conto di come, oltre a un approccio “fisico” con medici e strutture ospedaliere, sia possibile interfacciarsi con essi anche grazie agli strumenti innovativi: lo testimonia l'aumento esponenziale di tele-visite, tele-consulti e tele-monitoraggi a livello nazionale¹⁴¹.

L'implementazione a tutto tondo della telemedicina consentirebbe di ridisegnare strutturalmente e organizzativamente l'intera rete di assistenza sanitaria, garantendo un accesso fisico ridotto alle strutture ambulatoriali e ospedaliere grazie alla razionalizzazione dei processi decisionali degli specialisti consultati a distanza, oltre a ridurre la degenza post-operatoria e diagnostica, *ergo* il costo della cura del paziente; limitando il tasso di aggravamento e di mortalità tramite un costante monitoraggio dei pazienti, volto in ultima istanza a prevenire l'insorgere di determinate patologie, e il miglioramento delle prognosi; diminuendo l'impiego della terapia intensiva e, soprattutto, rafforzando la rete dei servizi territoriali¹⁴².

¹³⁹ F. APERIO BELLA, *Telemedicina tra decentramento ed esigenze di uniformità*, in C. BOTTARI, P.J. TÁRRAGA LÓPEZ, J. CANTERO MARTÍNEZ (a cura di), *op. cit.*, 348.

¹⁴⁰ Per una dettagliata analisi dello stato di avanzamento delle misure messe in atto finora nell'ambito del Piano, cfr. A. LISCAI, *Le componenti della sanità italiana*, in www.astrid-online.it, n. 7/2024, 16 ss.

¹⁴¹ G. LULLINI, R. LODI, *Nuove tecnologie al servizio dell'assistenza, dati sanitari e telemedicina*, in C. BOTTARI, P.J. TÁRRAGA LÓPEZ, J. CANTERO MARTÍNEZ (a cura di), *op. cit.*, 382, i quali riferiscono che, secondo una recente ricerca, i cittadini italiani dimostrano una crescente fiducia nelle applicazioni tecnologiche in campo medico e il 45% di loro è disposto a sostituire i consulti medici standard con appuntamenti virtuali a distanza, mentre il 61% si definisce felice all'idea che i membri della propria famiglia con una malattia cronica possano avere la libertà di vivere più lontano dalle strutture mediche, grazie ai sensori e al monitoraggio dei dati in tempo reale.

¹⁴² D. MARINO, A. MICELI, D. NACCARI CARLIZZI, G. QUATTRONE, *Telemedicina, cos'è e come farla in Italia: tecnologie e finalità, un modello possibile*, in www.agendadigitale.eu, 30 ottobre 2023.

Sul punto, recente dottrina ha opportunamente fugato ogni dubbio circa l'apparente contraddittorietà tra l'obiettivo di costituzione di reti di prossimità e quello rappresentato dall'implementazione della telemedicina, che potrebbe suscitare perplessità in quanto quest'ultima potrebbe portare a un indebolimento del rapporto umano diretto tra paziente e medico. Nel P.N.R.R., infatti, si specifica che «gli interventi di questa componente» attuano un metodo di rinforzo delle «prestazioni erogate sul territorio», potenziando le strutture di tutela della sanità con la «creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio sanitari»: la telemedicina, pertanto, non si pone come alternativa all'assistenza sanitaria territoriale, bensì come suo complemento, inteso a potenziare la capacità dell'operatore sanitario di fornire assistenza anche a distanza¹⁴³.

Non mancano, tuttavia, perplessità in merito in merito all'effettivo (e uniforme) godimento dei diritti. Le linee guida emanate dal Ministero¹⁴⁴, infatti, subordinano l'uso della telemedicina da parte dei pazienti a una valutazione di eleggibilità che va oltre la tradizionale valutazione degli aspetti clinici di competenza del medico, per comprendere anche l'ulteriore valutazione di eleggibilità «tecnologica e culturale» intesa a verificare sia l'idoneità tecnologica del paziente, sia la dotazione tecnologica di cui esso dispone¹⁴⁵. Si prospetta, dunque, «la possibilità che, in concreto, la telemedicina sarà usufruibile *esclusivamente* dai cittadini provvisti di adeguata *idoneità e dotazione tecnologica*, elemento che già di per sé presenta taluni profili di criticità in relazione proprio alla tanto attenzionata esigenza di uniformità, specialmente se si considera, come sembra lecito presumere, che la maggior parte degli utenti *inidonei* sarà collocata nelle Regioni più socialmente svantaggiate, possibilmente quelle del Mezzogiorno (che sono anche quelle maggiormente sottoposte a Piani di rientro)»¹⁴⁶.

¹⁴³ S. IARIA, *Le potenzialità del PNRR ed il progetto "One Health" nella prospettiva del rilancio dell'assistenza sanitaria territoriale*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it, 19 giugno 2024, § 1.

¹⁴⁴ D.M. 21 settembre 2022, in *G.U.* 2 novembre 2022, n. 256.

¹⁴⁵ All. A, Sez. 1.

¹⁴⁶ C. NICOLOSI, *Telemedicina, PNRR e Piani di rientro sanitari: uniformità versus autonomia nell'organizzazione sanitaria?*, in www.amministrativamente.com, n. 3/2024, 1058.

6. Segue: b) *l'assistenza socio-sanitaria territoriale*

Per il futuro del Servizio sanitario nazionale, un tema cruciale è, appunto, quello dell'assistenza socio-sanitaria territoriale.

Si tratta di un profilo dell'assistenza sanitaria che – come vedremo – ha ricevuto anch'esso un nuovo slancio in seguito alla pandemia e presenta un problema di fondo. Com'è stato autorevolmente notato, «il problema centrale di una “rete” – e il settore dei servizi sociosanitari è tale – è il legame che si crea tra i vari punti della rete medesima. Una rete, quindi, vive di legami tra i vari punti di essa, vive di “sottoreti”: la sottorete ospedaliera, la sottorete territoriale, le sottoreti specializzate (di disciplina o di altro). Perché si possa parlare di “unitarietà” della rete, occorre che i vari punti della rete e le sottoreti comunichino tra loro: occorre, di conseguenza, soprattutto la continuità ospedale-territorio e che i profili sanitari e quelli sociali si integrino tra loro»¹⁴⁷.

La situazione attuale non è delle migliori: in un contesto caratterizzato da profondi mutamenti della società, in cui le relazioni familiari e sociali sono dilatate e l'invecchiamento e la solitudine sono in aumento, l'erogazione dell'assistenza sanitaria risulta molto frammentata tra ospedale e territorio e scarsamente integrata con quella socio-sanitaria, generando sprechi e inefficienze, ridotta qualità dei servizi e disagi per i pazienti¹⁴⁸. E', quindi, indispensabile riportare la medicina di prossimità al centro del Servizio sanitario nazionale onde garantire cure primarie e intermedie a partire dalle categorie più fragili e a tal fine si devono rimuovere ostacoli infrastrutturali, tecnologici e organizzativi¹⁴⁹.

Dall'inizio di questo secolo, in Italia sono state portate avanti politiche sanitarie mirate alla «deospedalizzazione» dei casi non acuti, che, unitamente alle manovre di razionalizzazione della spesa, hanno comportato la chiusura dei presidi ospedalieri al di sotto di una certa dimensione, il taglio dei posti letto e una drastica riduzione del personale¹⁵⁰.

¹⁴⁷ R. BALDUZZI, *Sanità rurale e assistenza sanitaria decentrata. Spagna e Italia: esperienze a confronto. Introduzione*, in C. BOTTARI, P.J. TÁRRAGA LÓPEZ, J. CANTERO MARTÍNEZ (a cura di), *op. cit.*, 78. Sull'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, ID., *La persona in tutte le politiche (sociali): una “scommessa” quasi compiuta?*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2018, 245 ss.; E. ROSSI, *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, *ibidem*, 249 ss.

¹⁴⁸ E. CECCOTTI, *op. cit.*, 36.

¹⁴⁹ E. CECCOTTI, *ibidem*.

¹⁵⁰ E. CECCOTTI, *op. cit.*, 37, riferisce di una diminuzione del numero di ospedali da

Ciò premesso, allo stallo operativo della medicina territoriale, a partire soprattutto da quella di famiglia, e alla necessità di rimettere in equilibrio (in qualche caso, di costruire *ex novo*) la rete dei servizi sanitari, sbilanciata sull'ospedale sin dai tempi della legge Mariotti e rimasta tale nonostante l'impostazione riequilibratrice della legge n. 833 del 1978, aveva tentato di ovviare la «riforma Balduzzi» del 2012, che però non ha sortito gli effetti sperati, probabilmente soprattutto per l'incapacità (o la mancata volontà) di istituire un solido legame tra il profilo spaziale e quello temporale, cioè di comprendere l'importanza di una maggiore valorizzazione dell'approccio per «territori funzionali»; un'incapacità e una mancanza di volontà che – ad avviso dello stesso Balduzzi – «toccano in generale tutta la cosiddetta medicina convenzionata, ma [...] risultano particolarmente evidenti nelle vicende specifiche concernenti la posizione e il ruolo dei medici di medicina generale all'interno del Servizio sanitario nazionale»¹⁵¹.

All'art. 1 del decreto legge n. 158 del 2012, convertito con la legge n. 189 dello stesso anno, è stato comunque riconosciuto il merito di essere intervenuto in un ambito (quello delle cure primarie sul territorio) piuttosto “abbandonato” dal riformismo (legislativo) sanitario e privo di tipicità istituzionale, sopraffatto dai residui di una visione «nosocomiocentrica» dura a morire¹⁵², proponendo soluzioni che valorizzano la continuità terapeutica senza scalfire i caratteri “fiduciarî” del rapporto medico-paziente¹⁵³. È vero che le soluzioni organizzative proposte nel decreto del 2012 derivano in gran parte da scelte condivise negli accordi collettivi nazionali di medicina generale, ma d'allora in poi il modello della rete integrata dei servizi sul territorio è entrato nella disciplina posta da una fonte primaria che ha consolidato e cristallizzato quelle soluzioni, disponendo anche che le attività erogate sul territorio siano collegate e comprese tra quelle previste nei l.e.a.¹⁵⁴.

1.378 nel 2002 a 1.048 nel 2020, di un taglio di 37.000 posti letto e della mancanza di oltre 29.000 unità di personale, tra cui più di 4.000 medici.

¹⁵¹ *I principi della riforma e la sua attuazione*, in www.astrid-online.it, 21 luglio 2021. Per una valutazione sulla situazione di stallo che si era venuta a creare a seguito del riordino dell'assistenza territoriale disposto nel 2012, cfr. E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2019, 277 ss.

¹⁵² Così G. FARES, *Le novità del D.M. Salute 18 novembre 2012*, in *Il libro dell'anno del diritto 2014*, Roma, 2015, 284.

¹⁵³ E. JORIO, *L'assistenza primaria* (Relazione al Convegno su: «A 40 anni dalla legge 833 del 1978. Le sfide per la sanità e la salute» – Roma, 9 novembre 2018), 4 del *paper*.

¹⁵⁴ D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it, 28 febbraio 2020, 6.

All'organizzazione della rete ospedaliera nazionale aveva, poi, tentato di mettere ordine il decreto ministeriale n. 70 del 2015, che però è stato basato su criteri di mera opportunità economica e convenienza politica e non ha tenuto conto dei rapporti con il territorio e delle specifiche esigenze sanitarie e di tutela della salute: il risultato è stato che la chiusura di piccoli ospedali e pronto soccorso e la riduzione dei posti letto ha prodotto un sovraccarico per le strutture in attività, peraltro già afflitte da carenze di organico per il blocco del *turn-over*, e creato problemi di equità nell'accesso alle cure nelle zone rurali¹⁵⁵.

Con il decreto legge n. 34 del 2020 (c.d. «decreto Rilancio»), convertito con la legge n. 77 dello stesso anno, il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale è poi stato individuato quale profilo fondamentale degli interventi da realizzare per fronteggiare l'emergenza pandemica (art. 1) ed è stato disposto che il Ministero della Salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, coordinasse l'incremento dell'assistenza domiciliare (e la conseguente riduzione del soggiorno delle persone più fragili in strutture residenziali diversamente qualificate o qualificabili) e la sperimentazione delle strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle persone più fragili.

Le anzidette disposizioni sono apparse suscettibili di costituire un preciso riferimento normativo da utilizzare per porre le basi di una strutturata riforma dell'assistenza territoriale¹⁵⁶ e, sulla scorta anche delle indicazioni previste dal Patto per la Salute 2019-2021 e dei progetti contenuti nel P.N.R.R. (in particolare, la già menzionata Missione n. 6 «Salute»), è stata subito predisposta una bozza di riforma dell'assistenza territoriale, che, dopo successive rivisitazioni, modifiche e integrazioni, ha, nella sostanza, costituito il contenuto dell'allegato 1 del decreto ministeriale n. 77 del 2022, con cui si sono poste le basi per operare una profonda trasformazione del Servizio sanitario nazionale, attraverso una pianificazione di ordine normativo e organizzativo volta al

¹⁵⁵ E. CECCOTTI, *op. cit.*, 38-39.

¹⁵⁶ Come notato da A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazione in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 7 luglio 2020, n. 77, in Corti supreme e salute*, n. 2/2020, 398, «il c.d. Decreto Rilancio, specialmente a seguito delle modifiche introdotte in sede di conversione, interviene significativamente nella rete dei servizi territoriali, consolidando in un quadro più organico alcune “innovazioni” introdotte in via strettamente emergenziale».

potenziamento e alla riorganizzazione della rete dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale¹⁵⁷.

In linea generale, la strategia perseguita per lo sviluppo dell'assistenza territoriale poggia sulla pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi attraverso:

- lo sviluppo di strutture di prossimità, in particolare le Case della comunità (che si richiamano all'esperienza delle Case della salute), quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria e socio-sanitaria della popolazione di riferimento;
- il potenziamento delle cure domiciliari, inteso a rendere l'abitazione il luogo privilegiato dell'assistenza;
- l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di *équipe* multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità («*planetary health*»);
- l'utilizzo di logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, mediante la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- l'adozione di modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio (telemedicina e telemonitoraggio) che per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la valorizzazione della co-progettazione degli utenti e della partecipazione delle risorse della comunità, tramite il coinvolgimento degli attori locali (aziende sanitarie locali, comuni, professionisti, pazienti, organizzazioni di volontariato)¹⁵⁸.

Viene così abbandonata la linea «ospedalocentrica»¹⁵⁹ che in passato aveva indotto ad accorpare i nosocomi per garantire una maggiore concentrazione di risorse e apparecchiature¹⁶⁰. Nella relazione ministeriale illustrativa del regolamento, il disegno riformatore dell'assistenza territoriale viene accostato a una sorta di «modello vitruviano, all'interno del quale la persona è al centro del sistema di assistenza, e i servizi sanitari si struttu-

¹⁵⁷ F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'Assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in www.federalismi.it, n. 23/2022, 73-74.

¹⁵⁸ F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, cit., 137-138.

¹⁵⁹ Tesa, cioè, alla costante ricerca della centralità dell'ospedale rispetto al territorio (G. VICARELLI, G. GIARELLI, *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, 2021, 122).

¹⁶⁰ G. FARES, *op. cit.*, 283 ss.

rano in base ai bisogni di salute indipendentemente dal contesto di vita e dall'area geografica in cui vive».

Si tratta di un importante passo in avanti nel percorso di riforma dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, ma è evidente che la realizzazione di un sistema strutturato che si radichi uniformemente sull'intero territorio nazionale prescindendo dalla contingenza dei finanziamenti straordinari del P.N.R.R.¹⁶¹ richiede una legislazione statale di indirizzo¹⁶².

Va da sé, poi, che il successo della riforma dipenderà dalla concreta attuazione dei modelli organizzativi ivi delineati e dal corretto utilizzo degli strumenti di monitoraggio e verifica¹⁶³.

A tal riguardo, ad es., si paventa il rischio che l'assistenza sociale, che costituisce una componente essenziale del nuovo modello integrato, anche a causa della penuria di personale socio-sanitario (medici specialisti e infermieri di comunità), resti una mera aspettativa in gran parte insoddisfatta, ciò che renderebbe la Casa della comunità – che «non è soltanto l'evoluzione, nel nome, delle precedenti Case della salute, ma è il luogo in cui le diverse professionalità (medico di famiglia, specialista ambulatoriale, infermiere di famiglia e di comunità, assistente sociale) hanno l'opportunità di rovesciare il rapporto tra bisogno e servizio»¹⁶⁴ – una sorta di «ambulatorio specialistico

¹⁶¹ F. SCINETTI, *L'evoluzione della spesa sanitaria italiana*, in <https://osservatoriocpi.unicatt.it>, 5 gennaio 2023, riferisce in proposito che «il Sottosegretario di Stato alla Salute Marcello Gemmato ha espresso più volte le sue perplessità in merito alla questione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità sostenendo che, una volta terminati i fondi del PNRR, diverrà insostenibile finanziare i costi ingenti per mantenerle sia da un punto di vista energetico che dal punto di vista del personale. Il problema principale riguarda il fabbisogno di personale per l'attuazione della riforma, la cui spesa deve essere finanziata dal fabbisogno sanitario nazionale standard. [...] Per il sottosegretario, la soluzione ottimale sarebbe quella di puntare sul potenziamento della rete dei medici di famiglia e delle farmacie già presenti sul territorio evitando così di creare dei duplicati come le Case e gli Ospedali della Comunità con tutte le criticità che esse avranno. Questa posizione si contrappone ad una visione alternativa che vede proprio i medici di medicina generale come attori chiave delle nuove Case e dei nuovi Ospedali di Comunità».

¹⁶² Secondo R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2022, 10, «forse sarebbe utile una legge-cornice che, in primo luogo demandi alle singole regioni di completare il quadro stesso sulla base delle loro peculiarità storico-normative e, in secondo luogo, si dedichi a disciplinare le linee di fondo della riforma di alcuni degli apparati ormai sorpassati sotto il profilo organizzativo, senza la cui riconduzione alla rete le regioni diventerebbero un ostaggio polemico o un comodo alibi per non realizzare le indicazioni del Pnrr e degli standard stessi».

¹⁶³ F.G. CUTTAIA, *op. ult. cit.*, 152.

¹⁶⁴ R. BALDUZZI, *Sanità rurale e assistenza sanitaria decentrata*, cit., 82-83.

funzionale *di nuova generazione* in cui è *auspicabile che* i principi di innovazione terapeutica e digitale possano disegnare nuovi percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, con un miglioramento organizzativo nei territori e perseguendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema sanitario pubblico»¹⁶⁵.

In generale, anche per le Case della comunità e gli Ospedali di comunità previsti dal P.N.R.R. si pone il problema della carenza dei medici, senza i quali queste strutture fallirebbero la loro missione in partenza. Ci sono alcuni territori, ad es., nei quali il reparto di emodinamica più vicino dista molti chilometri: tanto per restare in Calabria, si veda l'ospedale di Crotona, che non possiede un siffatto reparto, per usufruire del quale occorre recarsi a Catanzaro, che dista 90 km. Il costo per l'apertura di detto reparto è stato stimato in 500.000 €, ma sono anni che per esigenze di bilancio non viene aperto, per cui si rischia tuttora la vita perché non si riesce a intervenire in tempo¹⁶⁶.

7. *La centralità del diritto alla salute e il necessario cambio di paradigma: appunti per l'ennesima riforma*

Le ragioni che inducono a ritenere che, a quasi quarantasei anni dalla sua istituzione, il Servizio sanitario nazionale abbia «bisogno di un

¹⁶⁵ M. D'ARIENZO, *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al dm 77/2022*, in *Pers. e amm.*, n. 1/2023, 435-436. La Casa della comunità, essendo una struttura in cui il paziente dovrebbe essere affidato alla cura di un «*team* multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute» (art. 1, comma 5, d.l. n. 34/2020, conv. con l. n. 77/2020), non può essere retta soltanto da assistenti sociali: questo è ritenuto «il principale *vulnus* della Riforma e la causa dell'insuccesso per la mancata previsione di professionisti del sociale e dell'assistente sociale, nonché dei servizi rivolti alla salute mentale, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, alle attività consultoriale e quelle rivolte ai minori»: ID., *Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2023, 313, nt. 16. Nel senso che la previsione della mera facoltatività della presenza degli assistenti sociali all'interno delle Case conduce a rafforzare la considerazione che talune regioni potrebbero allentare la portata innovativa dell'intervento attraverso scelte caute o meramente nominalistiche, svuotando dall'interno i suoi obiettivi ultimi, T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, n. 1/2023, 357.

¹⁶⁶ A. SAPORITO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed il diritto alla salute, nuova evoluzione?*, in www.amministrativamente.com, n. 1/2024, 270, anche in nota.

check-up» sono state efficacemente sintetizzate qualche mese fa da Sabino Cassese: «lunghe liste di attesa nella sanità pubblica, assenza di medici, migrazioni sanitarie dal sud al nord»¹⁶⁷.

La conseguenza di queste problematiche è la diseguaglianza di accesso alla sanità per reddito, perché chi ha il denaro necessario elimina la coda andando nel privato o servendosi dell'*intramoenia* (le prestazioni a pagamento svolte nel settore pubblico)¹⁶⁸. I risultati si traducono in differenze di aspettativa di vita geografiche (fino a due anni tra la Campania e il Trentino Alto Adige), su base di reddito e livelli d'istruzione (possono arrivare fino a 5-6 anni), differenze che corrispondono alla forchetta tra spesa massima e spesa minima sanitaria *pro capite* (dall'estremo superiore di 2083 € della provincia di Bolzano a quello inferiore di 2056 € della Campania)¹⁶⁹.

Il proposito di riportare al centro del Servizio sanitario nazionale il diritto fondamentale alla salute mediante l'individuazione dei modelli organizzativi idonei a garantire i bisogni dell'intera popolazione (comprensiva dei cc.dd. «soggetti fragili»¹⁷⁰) in termini sia di cura che di prevenzione fa i conti, però, con il reperimento delle risorse, che – com'è stato da più parti evidenziato – non potranno consistere esclusivamente in finanziamenti europei¹⁷¹.

Si pone, quindi, un problema di sostenibilità, economica e sociale, del Servizio sanitario nazionale, a fronte del quale sono state proposte varie soluzioni, che in questa sede non è possibile illustrare.

Ci sembra, tuttavia, di poter condividere il rilievo che, ancorché sia evidente che alla crescita dei bisogni assistenziali si può rispondere

¹⁶⁷ *Come sta la sanità*, in *Il Foglio*, 5 aprile 2024. Non a caso, un recentissimo d.d.l., recante «Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria», presentato dal Ministro della Salute di concerto con altri Ministri, prevede, *in primis*, misure per la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie al fine di ridurre le liste di attesa (Atti Parlamentari, Senato della Repubblica, disegno di legge n. 1241, comunicato alla Presidenza il 23 settembre 2024).

¹⁶⁸ Le lunghe liste d'attesa inducono non solo chi è in grado di sostenere di tasca propria il relativo costo, ma anche i sottoscrittori di assicurazioni private e i destinatari di welfare aziendali a prenotare le prestazioni al di fuori del S.S.N.: C. SCOZZARI, *Le liste d'attesa spingono gli ospedali accreditati*, in *la Repubblica*, Affari & Finanza, 28 ottobre 2024.

¹⁶⁹ L. BECCHETTI, *Le sfide del sistema sanitario nazionale*, in *Recenti progr. med.*, 2023, 602.

¹⁷⁰ C. COLLICELLI, G.R. GRISTINA, F.M. CORRAO, *Alcune aree critiche del sistema sanitario: anziani, malati cronici, donne, minori, migranti*, in *Recenti progr. med.*, 2023, 617 ss.

¹⁷¹ F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, cit., 151-152.

meglio con una proporzionale crescita del finanziamento, così come sono indubbiamente utili i fondi previsti dalla Missione Salute del P.N.R.R., non sarebbe corretto ridurre tutto solo a un discorso di investimenti economici in sanità, dovendo le politiche di recupero del Servizio sanitario nazionale concernere anche gli aspetti organizzativi e tradursi, *in primis*, in un'attività di programmazione strutturata e completa, che si basi su un'analisi dettagliata dei dati (attinenti al fabbisogno di cure, alla progressione della ricerca, alla cronicizzazione di alcune patologie e alla situazione del personale impiegato nel comparto sanità), una verifica costante della situazione e della sua evoluzione, nonché dell'effettiva attuazione, passo per passo, della programmazione fatta, con un monitoraggio continuo dei risultati raggiunti e degli elementi fondamentali (come, ad es., l'attualità dei l.e.a. e il loro costante ed effettivo aggiornamento)¹⁷².

Del resto, che il finanziamento, da solo, non sia sempre in grado di apportare benefici al sistema sanitario e a soddisfare il bisogno dei pazienti lo dimostra la recente esperienza pandemica, con lo stanziamento, per il potenziamento dell'assistenza territoriale, di notevoli risorse, molte delle quali risultate non spese: «[o]ccorrono dunque risorse finanziarie ma anche capacità organizzative e di spesa, che non tutte le Regioni posseggono. Bisogna [...] aumentare la disponibilità globale di risorse per il SSN, ma anche avere un sistema capace di tradurle in risultati in termini di salute della popolazione»¹⁷³.

Le risorse disponibili, poi, non dovrebbero essere allocate ipotizzando situazioni omogenee, ma previo esame dei diversi bisogni di salute della popolazione nelle varie aree del Paese, che risentono a loro volta dei divari economici e sociali, mentre ci si basa ancora sulla spesa storica, quindi sui consumi passati, con la conseguenza che la stragrande maggioranza delle risorse viene distribuita alle regioni come se avessero tutte le stesse necessità di salute, senza tenere conto della situazione di partenza e, quindi, di fattori come il tasso di mortalità, la scolarizzazione, la povertà, la disoccupazione¹⁷⁴.

La pandemia, inoltre, ci ha reso consapevoli dell'esigenza di fronteg-

¹⁷² B. LUBRANO, *Intervento* al Convegno su: «Protezione, garanzie e tutele, in una società fluida, globalizzata e multilivello. Principi, diritti e interessi fondamentali» – Ravello, 27-28 ottobre 2023, in www.giustizia-amministrativa.it, 8-9 del *paper*.

¹⁷³ G. RAZZANO, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la "missione salute" del PNRR*, in *Riv. AIC*, n. 2/2024, 53.

¹⁷⁴ G. RAZZANO, *op. cit.*, 54.

giare con celerità la problematica legata all'esiguità del numero dei medici professionisti ad ampio spettro, che ha minato la capacità di resistenza del sistema sanitario ancor più della mancanza di strutture sufficienti ad accogliere una consistente quantità di pazienti¹⁷⁵. È, dunque, fondamentale, anche per il successo della riforma dell'assistenza socio-sanitaria territoriale, prima rivedere complessivamente il sistema di accesso alle facoltà di medicina e chirurgia e alle professioni sanitarie e, in seconda battuta, arginare le fughe del personale dalla sanità pubblica a quella privata ovvero all'estero, ciò che sarà possibile solo valorizzandolo e ri-motivandolo attraverso, innanzitutto, la riduzione del carico di lavoro reso eccessivo dalle carenze di personale e da un'organizzazione non corretta, che ha comportato turni estenuanti e conseguente svalorizzazione del capitale umano¹⁷⁶.

Qualcosa è già stato fatto, insomma, ma tanto altro è ancora da fare per il cambio di paradigma necessario per difendere la conquista raggiunta nel 1978 con l'istituzione di una sanità pubblica equa e universalistica¹⁷⁷.

Va da sé, poi, che l'effettività del diritto alla salute presuppone che le riforme non restino lettera morta, come spesso, purtroppo, accade in Italia:

¹⁷⁵ M. PANE, *Il processo evolutivo del sistema sanitario e le sue riforme alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in www.quotidianolegale.it, 24 settembre 2021, § 3.

¹⁷⁶ B. LUBRANO, *ibidem*. C.G.I.L., *Salute e sanità. Salviamo il SSN, difendiamo il diritto alla salute*, in www.astrid-online.it, aprile 2024, 5, riferisce che «[l]a carenza di personale riguarda tutti i professionisti, amministrativi, tecnici e in particolar modo dell'assistenza sanitaria. Colpisce soprattutto gli infermieri che peraltro dovrebbero ricoprire un ruolo fondamentale nella riforma dell'assistenza territoriale, ma senza un piano straordinario di assunzioni e di valorizzazione del personale, anche sul piano retributivo, sarà impossibile realizzare quanto previsto dal PNRR». M. BOCCI, *Mancano i medici, in pronto soccorso sono in affanno, gli infermieri fanno turni massacranti e le tecnologie sono da rinnovare. Ecco come e perché il sistema sanitario sta andando in tilt*, in *la Repubblica*, 27 luglio 2024, Cantiere Italia. Forum Sanità, riferisce che, nel 2023, 3.000 medici tra i 43 e i 55 anni hanno lasciato il posto per i carichi di lavoro enormi e per l'impossibilità di fare carriera, mentre oggi un infermiere trova subito lavoro, ma poi resta bloccato per 30 anni ed è sottoposto a un impegno spesso ai limiti della tolleranza fisica per i troppi straordinari richiesti. Secondo un recente sondaggio, infine, «per gli italiani, in larga maggioranza, è urgente procedere a due operazioni distinte ma collegate quali: – massicce assunzioni di medici e anche infermieri altrimenti ogni annuncio di taglio delle liste di attesa o di ampliamento delle infrastrutture materiali della sanità sarà vano; – incentivare i medici italiani a lavorare stabilmente nel Servizio sanitario, piuttosto che rincorrere quelli di altri paesi» (FONDAZIONE CENSIS, *Rapporto FNOMCeO-Censis. Il necessario cambio di paradigma nel Servizio sanitario: stop all'aziendalizzazione e ritorno del primato della salute*, in www.censis.it, 11 luglio 2024, 45).

¹⁷⁷ Da ultimo, R. DONINI, *Il Servizio Sanitario Nazionale. Una storia da continuare*, Milano, 2024.

un caso emblematico è quello della «riscrittura del sistema territoriale che, nonostante il DM 77/2022 e il PNRR che ne finanzia ampiamente le strutture di base (case e ospedali di comunità nonché Cot), risulta addirittura in una fase applicativa illusoria, tanto da essere vantata come novità realizzativa da due anni senza che nessuna di tali strutture di comunità sia stata messa a terra»¹⁷⁸.

Abstract

Dopo aver illustrato le ragioni che inducono a ritenere che, a quasi quarantasei anni dalla sua istituzione, il Servizio sanitario nazionale abbia bisogno di un *check-up*, l'A. osserva che, ancorché sia evidente che alla crescita dei bisogni assistenziali si può rispondere meglio con una proporzionale crescita del finanziamento, è indispensabile intervenire sugli aspetti organizzativi, potenziando una volta per tutte l'assistenza territoriale, incentivando la telemedicina e, soprattutto, arginando le fughe del personale dalla sanità pubblica a quella privata ovvero all'estero.

The national health service: key points and future perspectives

After explaining the reasons why it is considered that, almost 46 years after its establishment, the National Health Service needs a check-up, the A. notes that although it is clear that the growth of needs can be better met by a proportional increase in funding, it is essential to operate on the organizational aspects, strengthening once and for all territorial assistance, encouraging telemedicine and, above all, limiting the flight of health personnel from public to private or abroad.

¹⁷⁸ E. JORIO, *Le pericolose debolezze del sistema sanitario e le promesse da marinaio della politica*, in www.sanita24.ilsole24ore.com, 2 settembre 2024.