GIUSTIZIA INSIEME

Diritto dell"emergenza Covid-19 e recovery fund

Sull'emergenza (annunciata) del Servizio sanitario nazionale di Alice Cauduro e Paolo Liberati

di Alice CauduroPaolo Liberati

28 marzo 2020

Sull'emergenza (annunciata) del Servizio sanitario nazionale

di Alice Cauduro e Paolo Liberati

Sommario: 1.Quarant'anni di Servizio sanitario nazionale; 2.Federalismo sanitario e suo finanziamento; 3.Competenze dell'Unione europea e intervento pubblico nell'economia (sanitaria); 4.Dall'emergenza all'ordinaria amministrazione: come invertire la rotta.

1. Quarant'anni di Servizio sanitario nazionale

Nel 1978 una delle leggi più innovative della storia repubblicana ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), affermando che la Repubblica tutela la salute "senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo le modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio" (art. 1 legge n. 833/1978); dunque secondo un modello universalistico che, nel tempo, è stato da più parti criticato e ridimensionato in ragione della sua presunta insostenibilità economica, e recentemente anestetizzato da un accentuato processo di regionalizzazione della sanità di cui oggi si discute fino alle più estreme conseguenze del regionalismo differenziato. Con il risultato che, di fronte all'attuale pandemia, si assiste a modalità di reazione non uniformi,

tante quanti sono i sistemi sanitari regionali, condizionate da un percorso di forte riduzione delle risorse dedicate, con conseguente compressione della copertura universale e frammentazione dell’uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale.

Un percorso che affonda le sue radici ideologiche negli anni Novanta, nella asserita necessità di privatizzare ed esternalizzare, di ridurre il ruolo dello Stato, di riorganizzare il settore sanitario sulla base del modello aziendalistico**[1]**, ed è proseguito nei decenni successivi, prima con la riforma costituzionale del 2001, che ha modificato il riparto di competenze tra Stato e Regioni anche in materia di salute, poi con le regole economiche europee, in ultimo quelle sul vincolo degli Stati al pareggio di bilancio. Si tratta di passaggi che hanno determinato, a legislazione vigente, la perdita di effettività dei principi introdotti con la legge del 1978. L’enorme valore del SSN viene riscoperto in tempi emergenziali di fronte all’evidente difficoltà dell’amministrazione sanitaria. Non si nega che questa sia una situazione eccezionale; il mondo intero è coinvolto, non soltanto i Paesi poveri che vivono in uno stato di emergenza sanitaria permanente; ma in Italia ciò che sta accadendo è in parte il risultato di un discutibile adattamento nazionale alle trasformazioni economiche degli ultimi venti anni. Al riguardo, si è pensato, in linea generale, che un sistema di welfare su larga scala fosse incompatibile con le richieste di competitività e flessibilità determinate dalla globalizzazione del sistema economico. Ma anziché spingere verso approcci altrettanto globalizzati ai sistemi sociali, come per esempio la creazione di una struttura sociale europea, l’Italia (e in parte anche l’Europa) si è orientata verso una frantumazione regionale del sistema sanitario nazionale. Sostenendo dogmaticamente, e più o meno implicitamente, che una scala ridotta delle coperture sociali potesse essere la migliore risposta di fronte a sistemi economici che lavorano su scala globale.

Una tendenza che ha coinvolto, negli anni, anche altre forme di intervento pubblico, fino a raggiungere la configurazione estrema, in casi specifici, di spostamento verso il settore privato di alcune prestazioni sociali, come nel caso del welfare aziendale, o anche di forme di collaborazione pubblico-privato, quali il *project financing* o il partenariato istituzionale che indirettamente contribuiscono a sottrarre risorse e controllo gestionale pubblico. Tendenza fondata sull’idea (o sull’ideologia) che uno Stato centralizzato sia necessariamente in contrasto con un modello di sviluppo globalizzato che riduce la possibilità di proteggere il mercato interno, e che si nutre di una costante preoccupazione per il funzionamento dei mercati e per la garanzia della competitività territoriale, come se quest’ultima non dipendesse, in ultima istanza, dal grado di copertura sociale. Fattori che hanno certamente rivestito un ruolo rilevante nel comprimere le

pretese redistributive dei governi nazionali, conseguenza diretta del condizionamento che gli stessi mercati spesso esercitano nei confronti della democrazia come strumento di decisione collettiva. L'opportunità che i governi centrali adottassero una modalità decisionale snella e in linea con le necessità di un sistema economico più aperto si è così confusa con la compressione dell'universalismo come criterio di fruizione dei servizi sociali, un obiettivo di cui il federalismo sanitario, in Italia, si è fatto interprete.

2. Federalismo sanitario e suo finanziamento

L'accidentato percorso del federalismo italiano, tuttora incompleto, ha comunque prodotto un esito: la frammentazione regionale del SSN, stimolata dal rilevante ammontare di risorse pubbliche che la sanità richiede, circa 110 miliardi di euro. Ci si accorge però oggi, con ritardo, che un federalismo sanitario figlio di iniziali istanze di secessione, e non di propositi di coordinamento e solidarietà nazionale, può rappresentare un problema. Si tratta di un federalismo cha ha affondato le sue radici nella speranza che una parte del Paese potesse fare a meno dell'altra, una speranza implicitamente alimentata dalla riforma del titolo V della Costituzione del 2001, in cui i territori, e il gettito territoriale delle imposte, sono divenuti più importanti dei bisogni di una comunità nazionale. Infatti la Costituzione italiana stabilisce che gli enti territoriali "dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio" (art. 119, co. 3), individuando un assetto profondamente diverso da quello che precedeva la riforma del titolo V del 2001, in cui si disponeva che "alle Regioni sono attribuiti tributi propri e quote di tributi erariali, in relazione ai bisogni delle Regioni per le spese necessarie ad adempiere le loro funzioni normali" (già art. 119 co. 2). Risulta evidente che l'impulso federalista degli anni recenti, attraverso il riferimento esplicito ai territori, abbia sia rafforzato la pretesa delle Regioni di vedersi riconosciuta una titolarità sul gettito dei tributi erariali in ragione della provenienza territoriale, sia aperto la strada al finanziamento integrale delle funzioni pubbliche attribuite alle Regioni a prescindere da uno specifico riferimento al bisogno.

Un federalismo, per le regioni a statuto ordinario, analogo al modello delle regioni a statuto speciale, non a caso proprio per ciò che concerne l'adozione del criterio territoriale per l'assegnazione delle risorse tributarie. Una logica, quella della frammentazione del sistema tributario, che è coerente con la logica di frammentazione dei servizi sociali nazionali.

Contrariamente all'esigenza che un assetto decentrato efficiente abbia bisogno di un governo centrale forte, in Italia il processo si è rovesciato, perché l'azione politica delle Regioni, negli anni recenti, è stata mirata a indebolire le competenze del governo centrale, a minarne l'autorità e l'efficienza, a sminuirne il potere decisionale, a risolvere nel contenzioso giurisdizionale i problemi di coordinamento che qualsiasi Stato decentrato deve affrontare. Anche se la Costituzione italiana assegna allo Stato la competenza esclusiva in materia di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio dello Stato" (art. 117 co. 2 lett. *m* Cost.), l'adozione di modelli organizzativi differenti su tutto il territorio nazionale ne impedisce (di fatto) l'uguaglianza di accesso secondo il principio ispiratore della legge n. 833/1978.

È in questa prospettiva che si debbono interpretare molti dei passaggi compiuti in questi anni per la costruzione del decentramento e del federalismo fiscale. Nel campo del fabbisogno necessario per i livelli essenziali di assistenza, ad esempio, il ricorso a criteri standard di determinazione – come rimedio alla spesa storica – ha costituito in molti casi l'argomento scientifico per legittimare tagli di spesa, e per mascherare il condizionamento di quegli stessi livelli alle disponibilità finanziarie. Producendo così da un lato sistemi sanitari regionali a 20 velocità, una replica fedele delle diseguaglianze economiche del Paese, e dall'altro una contrazione di spesa pubblica, soprattutto a seguito dell'introduzione dei piani di rientro per le Regioni con deficit sanitari. Un provvedimento, quello dei piani di rientro, che ha certamente sortito benefici effetti contabili, migliorando il bilancio delle strutture sanitarie, ma ha anche ampliato i divari regionali in termini di personale sanitario attraverso il blocco del turnover e ridotto al minimo gli investimenti di lungo termine, con conseguenze niente affatto trascurabili sulla qualità percepita, sulla mobilità sanitaria interregionale, e sul grado di adempimento nella fornitura dei livelli essenziali di assistenza.**[2]** Una contrazione della spesa pubblica che indebolisce quindi gli obiettivi universalistici del servizio sanitario nazionale. Al riguardo, la spiegazione utilizzata per giustificare la compressione della spesa sanitaria, a partire dal 2008, si fonda su una sua crescita eccessiva dal 2000 al 2007 (da circa 67 a 101 miliardi di euro). Si tratta, tuttavia, di numeri che celano l'impossibilità, per molte Regioni, di soddisfare l'erogazione di servizi sanitari con risorse correnti. In quel periodo, infatti, maturano – per l'insieme di Asl e ospedali – debiti verso fornitori (più o meno occulti) pari a circa 50 miliardi di euro, il cui pagamento viene rinviato nel tempo e costringe molte Regioni ad indebitarsi a costi elevati per compensare i generalizzati problemi di cassa, celando così la reale portata dei fabbisogni sanitari. Un elemento, quello del debito occulto, che inizia a palesarsi proprio dopo l'introduzione dei piani di rientro per le Regioni in deficit.

Dal lato del finanziamento dei livelli essenziali sanitari, inoltre, ci si confronta da venti anni con l’ambiguità di un sistema che impiega sia tributi propri delle Regioni (in particolare Irap e addizionale Irpef) sia compartecipazioni al gettito di tributi erariali (in particolare l’Iva), violando così una regola aurea dei sistemi di decentramento, cioè quella di finanziare con risorse centrali i servizi che incorporano la fornitura di livelli essenziali di rilevanza nazionale. In materia di finanziamento, peraltro, si condividono i dubbi di costituzionalità sollevati riguardo alla compartecipazione alla spesa sanitaria attraverso i ticket perché in contrasto col principio universalistico di accesso alle cure.**[3]**

Il maggior difetto di questo sistema, negli anni, è stato quello di coltivare una sorta di illusione sanitaria, l’illusione dell’universalismo contro la realtà della selezione all’accesso. Da un lato, infatti, la carenza di risorse a disposizione del sistema sanitario ha stimolato il ricorso a strutture private che sono in grado di fornire prestazioni sanitarie a costi pieni inferiori al ticket imposto sulle prestazioni pubbliche e, soprattutto, in tempi rapidi. Dall’altro, la carenza di risorse ha incentivato lo sviluppo di sistemi sanitari regionali che potremmo definire di “sanità leggera”, non strutturati per l’emergenza. Si tratta di strutture, dunque, intrinsecamente deboli. Con punte di eccellenza, ma anche con rilevanti segnali di inefficacia rispetto ai bisogni della popolazione, come la mobilità sanitaria interregionale (prevalentemente da Sud a Nord) certamente dimostra. D’altra parte, l’efficienza in emergenza richiederebbe “inefficienza” in tempi di pace, un assetto che il nostro sistema economico e politico non è stato più disposto a considerare, pur alimentando l’illusione che il sistema sanitario sia ancora universalistico.

3. Competenze dell’Unione europea e intervento pubblico nell’economia (sanitaria)

L’intervento pubblico in economia (anche sanitaria) ha trovato nel tempo un limite nelle norme dell’Unione europea a tutela del mercato interno e della concorrenza (artt. 106 ss. TFUE); si ritiene che la nostra costituzione economica (artt. 41 ss. Cost.) ne sia ormai condizionata al punto da far dimenticare che la tutela dei diritti apprestata dalle norme economiche dell’Unione non può che ricomprendere anche quella della persona. Il settore della tutela della salute rientra ancora oggi tra le competenze degli Stati membri, come anche le politiche fiscali e le scelte di finanza pubblica; tuttavia il Trattato sul funzionamento dell’Unione europea stabilisce che “nella definizione e nell’attuazione di tutte le politiche ed attività dell’Unione sia garantito un livello elevato di protezione della salute umana” (art. 168) e che, anche nel settore della tutela della

salute, l'Unione possa svolgere azioni di sostegno, coordinamento e completamento delle azioni degli Stati membri (art. 6), che scelgono quale modello sanitario adottare (es. servizio sanitario nazionale in Italia, assicurazione sociale di malattia in Francia etc.), quante risorse investire nel settore sanitario e quali prestazioni siano da considerarsi essenziali. Al riguardo, alcuni dati possono servire a tradurre in termini quantitativi le riflessioni generali sopra avanzate. La sanità pubblica italiana rappresenta circa il 6,5% del prodotto interno lordo, contro il 9,6% delle Germania, il 9,5% della Francia, il 7,6% del Regno Unito. Un dato, il nostro, comparabile solo a quello spagnolo (6,3%), con il cui modello – si vedrà più avanti – si condividono anche alcune problematiche.**[4]** Il livello di spesa pubblica piuttosto ridotto ha avuto negli anni conseguenze sulla spesa privata sostenuta direttamente dalle famiglie (*out-of-pocket*) per compensare le carenze del SSN. È sufficiente osservare, al riguardo, che nel 2008 l'incidenza della spesa privata sulla spesa sanitaria totale era sostanzialmente simile in Francia, Germania e Italia (tra il 21 e il 23%); dieci anni dopo, mentre Francia e Germania hanno attivato politiche in grado di incrementare il grado di copertura pubblica della spesa totale, l'Italia si è diretta in senso contrario, con un'incidenza ora pari a circa il 26% della spesa sanitaria totale, circa 10 punti percentuali in più di Francia e Germania. In termini assoluti, ciò significa un esborso diretto delle famiglie pari a circa 36 miliardi, a cui si devono aggiungere circa 3 miliardi coperti dalle assicurazioni private. Si tratta di varie tipologie di prestazioni, ma con una particolare concentrazione sui settori in cui il servizio pubblico si manifesta sostanzialmente assente, soprattutto nelle regioni meridionali, come ad esempio l'assistenza alle cronicità e ai lungodegenti, e l'assistenza residenziale o domiciliare per la cura e riabilitazione post ospedaliera.

In Italia, negli ultimi dieci anni, si osserva una perdita di 70 mila posti letto, più di 300 reparti chiusi e un incremento della spesa sanitaria pubblica del 10 per cento, contro il 37 per cento della media Ocse. Significa 3,2 posti letto per mille abitanti, la Francia ne ha 6, la Germania ne ha 8. Significa 4.600 posti letto pubblici di terapia intensiva per degenza ordinaria su tutto il territorio nazionale, cioè 7,6 posti per 100 mila abitanti, o se si preferisce terapie intensive pubbliche per lo 0,0076% della popolazione, ai quali si aggiunge un limitato numero di posti nel privato convenzionato che innalza la disponibilità a 8,42 per 100 mila abitanti. In Germania, si arriva a circa 30 posti per 100 mila abitanti. I posti per la cura dei casi acuti, in Italia, sono 2,6 per 1000 abitanti, contro una media europea di 3,7; la Germania, per 1000 abitanti ne ha 6. Se si guarda al futuro del caso italiano, poi, si dovrà anche tenere conto che l'elevata età media dei medici attualmente in servizio (più della metà dei medici ha più di 55 anni, al ventesimo posto in

Europa nella classifica per età) porrà un problema di pensionamenti e reintegri già nel breve periodo. Secondo i dati dell’ANAAO, tra il 2019 e il 2025, si prevedono pensionamenti per più di 37 mila medici, e reintegri di nuovi specializzati solo per poco più di 22 mila unità.**[5]** Una sanità regionale leggera, quella italiana, che coltiva il mito dell’universalismo, ma che sembra procedere nella direzione opposta.

4. Dall’emergenza all’ordinaria amministrazione: come invertire la rotta

Quando il servizio sanitario ha bisogno di eroi, significa che qualcosa non funziona; le poche risorse aggiuntive attivate con i recenti decreti saranno l’ennesima rappresentazione che la politica sociale di questo Paese è ancora una volta emergenziale e di corte vedute. Al riguardo, il nostro caso presenta numerose similitudini con quello spagnolo, e – di conseguenza – alcuni rimedi possibili sono analoghi.**[6]** Ci sono due direzioni principali da percorrere che la pandemia dovrebbe aver reso palesi anche a chi in questi anni si è ostinato a non vedere. La prima riguarda i rapporti tra Stato centrale e Regioni in materia di sistema sanitario, da risolversi, a nostro avviso, con un ridimensionamento del federalismo sanitario e una rivisitazione complessiva dei modelli di federalismo asimmetrico. Ciò sarà possibile soltanto nella misura in cui le Regioni cesseranno di essere istituzioni estrattive e antagoniste del governo centrale; nel caso opposto, ci si dovrà rassegnare alla legittimazione definitiva del divario territoriale, questione che agita il nostro Paese dai tempi pre-unitari, ma che sta agitando – ad esempio – anche la Spagna in ragione della forte connotazione autonomistica di almeno due aree geografiche, la Catalogna e i Paesi Baschi, alle prese con i recenti trasferimenti di potere in capo al governo centrale in materia di sanità, trasporti e affari interni.

La seconda direzione è relativa alle modalità – da sperare non più rimandabili – con cui in Italia si farà fronte a decenni di riduzione degli investimenti in sanità. C’è da ritenere che sia questo il principale fattore che impedisce, al momento, di fronteggiare la pandemia. La capacità di resistenza di un sistema sanitario richiede medici professionisti su larga scala, piuttosto che la pratica del numero chiuso nel sistema universitario; una disponibilità di strutture avanzate e di emergenza in eccesso rispetto al numero ordinario di richieste; la produzione interna e l’immagazzinaggio di materiale protettivo, specialistico e diagnostico; la formazione e l’assunzione di personale paramedico, piuttosto che blocchi del turnover motivati da questioni contabili; il recupero delle strutture pubbliche a tempo pieno, piuttosto che la loro destinazione

all'attività privata, da affiancarsi a retribuzioni adeguate che rendano merito al lavoro dei medici e del personale paramedico; un aumento dei fondi destinati alla ricerca scientifica, piuttosto che incentivi fiscali ai fondi sanitari integrativi; richiede infine una decisa perequazione infrastrutturale tra le diverse Regioni del paese. Anche coloro che sono affascinati dalla competizione territoriale, non possono non riconoscere che per competere è necessario che il campo di gioco sia lo stesso per tutti; un obiettivo che solo un governo centrale forte e delle Regioni ugualmente forti possono raggiungere. Al riguardo, occorrerebbe mettere in cima all'agenda politica un progetto di sanità europea, a partire da un intervento pubblico sovranazionale in grado di superare logiche di mercato e austerità, con un'allocazione delle risorse orientata secondo le priorità che le tradizioni costituzionali degli Stati membri indicano per la tutela dei diritti delle persone.**[7]**

[1] Per la legislazione degli anni Novanta in tale senso si ricordano, in specie, i d.lgs. n. 502/1992; n. 517/1993; n. 229/1999.

[2] Si veda al riguardo il saggio di Lagravinese R. e Resce G. (2020), *La Sanità nel Mezzogiorno tra crisi economica e vincoli finanziari*, in Coco G. De Vincenti C., *Una questione nazionale: il Mezzogiorno da "problema" a "opportunità"*, Il Mulino, Bologna.

[3] Sui dubbi di costituzionalità dei ticket in sanità "perché in contrasto con il carattere universale e perciò uguale e gratuito del diritto alla salute", Ferrajoli L. (2019), *Manifesto per l'uguaglianza*, Laterza, Roma-Bari, p. 74; sul fondamento costituzionale del finanziamento del servizio universale nel principio di eguaglianza sostanziale e nell'obbligo di contribuzione tributaria (artt. 3, co. 2 e 53 Cost.) sia consentito rinviare a Cauduro A., Liberati P.(2019), *Brevi note sul servizio universale*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 1/2019, p. 131 ss.

[4] Per maggiori dettagli si rimanda a Gabriele S. (2019), *Lo stato della sanità in Italia, Focus tematico n.6*, Ufficio Parlamentare di Bilancio.

[5] I settori specialistici considerati sono Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Medicina d'urgenza, Medicina interna, Chirurgia generale, Radiodiagnostica, Malattie dell'apparato cardiovascolare, Ginecologia ed ostetricia, Psichiatria, Ortopedia e Traumatologia. I dati sono di fonte ANAAO – Assomed come elaborati da Borrelli G., *Quanto è grave la carenza di medici negli ospedali italiani?*, Datajournalism, 23 gennaio 2019.

[6] Si veda Legido-Quigley H., Mateos-Garcia J.T., Regulez Campos V., Gea Sànchez M., Muntaner C., McKee M., (2020) *"The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic"*,

The Lancet, **www.thelancet.com/public-health**.

[7] Sul tema, in riferimento alla Costituzione italiana, per tutti, Carlassare L. (2013), *Priorità costituzionali e controllo sulla destinazione delle risorse*, in *Costituzionalismo. it*, fasc. 1/2013, p. 10.