



Costituzionalismo.it

Fascicolo 2 | 2020

**I regionalismi sanitari in Italia
nel contesto internazionale:
lezioni dalla pandemia**

di Francesco Taroni e Chiara Giorgi

EDITORIALE SCIENTIFICA

I REGIONALISMI SANITARI IN ITALIA NEL CONTESTO INTERNAZIONALE: LEZIONI DALLA PANDEMIA

Francesco Taroni

Professore associato di Medicina legale
Alma mater studiorum – Università di Bologna

Chiara Giorgi

Ricercatore di Storia delle istituzioni politiche
«Sapienza» Università di Roma

SOMMARIO: 1. PREMESSA; 2. LEZIONI GLOBALI; 3. CONFRONTI INTERNAZIONALI E DIFFERENZE NAZIONALI; 4. IL CONTESTO STORICO DELL'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE; 5. IL PROTAGONISMO DELLE REGIONI: LABORATORI DI DEMOCRAZIA O SEDI DI CLIENTELISMO?; 6. POTERI (DIS)ORGANIZZATI; 7. GLI INIZI DEL NUOVO SECOLO; 8. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

1. Premessa

Con oltre quindici milioni di persone infettate e più di seicentomila morti al luglio 2020, la pandemia da Covid-19, tutt'ora in pieno sviluppo nei cinque continenti, ha già prodotto danni stimati a tre trilioni di dollari e innescato la più grave crisi economica, politica e sociale dell'era moderna¹. OCSE e Banca Mondiale disegnano scenari futuri sempre più pessimistici per l'economia, che prevedono un andamento a L con la caduta del PIL fra il 10% e il 12% nel 2020 e tempi di ritorno a livelli pre-pandemici non prima del 2025. Gli effetti devastanti della pandemia non si sono limitati a riportare l'attenzione sulle cause e sugli effetti sistemici delle malattie infettive "emergenti" troppo rapidamente trascurate e a confrontare le risposte di ciascun paese². La

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Regional Office for Europe. An unprecedented challenge. Italy's first response to Covid-19*, Copenhagen, 2020; I. RASUL, *The economics of viral outbreaks*, in *American Economic Review*, n. 110/2020, pp. 265-8.

² A.S. FAUCI, *New and reemerging diseases*, in *Emerging Infectious Diseases*, n.

forma della ripristinata stabilità è infatti avvolta nel mistero dell'oscura (e abusata) formula di una "nuova normalità" diversa dalla situazione pre-pandemica, sia nelle relazioni fra Stati, sia entro ciascun paese, per tutti i suoi settori, inclusa la salute e il suo principale strumento, l'assistenza sanitaria. Inoltre, le differenze nazionali, regionali e locali nella diffusione della pandemia e nell'efficacia della risposta hanno evidenziato l'inadeguatezza dei sistemi nazionali a fronte di problemi di salute sistemici o "globali", che interessano cioè in contemporanea le popolazioni di molti paesi in modo spesso diverso dal lato dei determinanti e da quello degli effetti. La varietà nelle forme di sviluppo della pandemia può essere assunta come l'illustrazione paradigmatica del concetto di tutela della salute come bene pubblico globale, la cui produzione richiede tanto istituzioni sovranazionali, quanto interventi specificamente commisurati alle caratteristiche e alle risorse proprie delle comunità locali³.

La pausa che il decorso della pandemia sembra aver offerto all'Italia rappresenta una finestra per un bilancio della prima, necessariamente concitata, risposta offerta alla sua diffusione e dei suoi risultati a livello internazionale, nazionale e regionale. Esaminare in modo critico la prima fase dell'epidemia può essere un modo ragionevole per prepararsi alla possibile riaccensione dell'epidemia, anche alla luce della recente ripresa osservata in diversi paesi europei come Spagna, Romania, Francia e Gran Bretagna; oltre che una ragione sufficiente per affrontare il rischio di argomenti potenzialmente divisivi che hanno finora frenato le analisi, non solo in Italia⁴.

In ogni caso, si può essere certi che così come la pandemia da Covid-19 non è stata la prima, essa non sarà neppure l'ultima con cui ci si dovrà misurare⁵. Ciò tanto più a fronte di un primo bilancio, tutt'altro che rassicurante, dei progressi relativi alla capacità di controllo della pandemia. A livello internazionale, il ritorno della politica di potenza

4/1998, pp. 374-378; N.B. KING, *The scale politics of emerging diseases*, in *Osiris*, n. 19/2004, pp. 62-76.

³ T. SANDLER, *Global and regional public goods. A prognosis for collective action*, in *Fiscal Studies* n. 19/1998, pp. 221-247; ID., *COVID-19 and Collective action*, in *Peace Economics, Peace Science and Public Policy*, n. 26/2020.

⁴ R. HORTON, *The Covid-19 catastrophe. What's gone wrong and how to stop it happening again*, Cambridge, 2020, pp. 114-5.

⁵ M.T. OSTERHOLM, *Preparing for the next pandemic*, in *NEJM*, may 5/2005, pp. 1839-1842.

fra le “grandi” nazioni ha provocato la crisi dell’Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), la principale istituzione multilaterale per il controllo delle pandemie. In tutti i paesi, la prima fase di una gestione soprattutto reattiva e ospedaliera del virus ha lasciato un gran numero di persone infette non identificate, né al momento quantificabili con precisione, ma sufficientemente numerose per mantenere la circolazione del virus in proporzione insufficiente a raggiungere “l’immunità di gregge”. Malgrado le conoscenze scientifiche di base sul virus siano assai aumentate in pochi mesi, mancano tutt’ora evidenze sull’efficacia e sicurezza di un qualche presidio preventivo o terapeutico⁶. A dispetto di promesse e falsi annunci, ma anche delle numerose iniziative cooperative⁷, i tempi per la scoperta di un trattamento efficace e/o la messa a punto di un vaccino protettivo e disponibile per l’intera popolazione mondiale continuano a essere incerti⁸.

Dopo una breve considerazione circa gli effetti della pandemia sulle relazioni fra Stati e sulle istituzioni sanitarie internazionali, la prima parte di questo articolo esaminerà le peculiarità della sua diffusione in alcuni paesi, la tempestività e la strategia delle risposte adottate e il loro impatto sulla popolazione, tenendo conto della gravità dell’epidemia in rapporto alla struttura dei sistemi sanitari e alla loro organizzazione e funzionamento.

La seconda parte si concentrerà sulla situazione italiana, evidenziando alcune delle principali differenze nella forma e gravità dell’epidemia, come anche nelle strategie di contrasto adottate a livello regionale, anche alla luce delle ricorrenti critiche sulla eccessiva frammentazione regionale del governo del Servizio sanitario nazionale (SSN) che avrebbe ridotto equità ed efficacia nella risposta alla pandemia.

Per verificare queste critiche e nell’ipotesi che la “nuova normalità” possa derivare anche dall’accelerazione di processi già in atto, il testo esaminerà, infine, le radici storiche delle differenze presenti nell’organizzazione e nel funzionamento dei servizi sanitari delle principali Regioni italiane, descrivendo un breve profilo storico dell’evoluzione

⁶ G. TOGNONI, A. TOGNONI, Salute, farmaci e vaccini, in M. LUCCHESI, D. ZOLA (a cura di), *In salute, giusta sostenibile. Ripensare l’Italia dopo la pandemia*, Roma, 2020, pp. 115-119.

⁷ H. CLIFFORD LANE, A.S. FAUCI, *Research in the context of a pandemic*, in *NEJM*, July 17, 2020.

⁸ N. DENTICO, *Cronaca di una pandemia annunciata*, in M. LUCCHESI, D. ZOLA (a cura di), *In salute*, cit., pp. 22-33.

dei “regionalismi sanitari” nei principali momenti critici delle politiche sanitarie del paese.

Particolare attenzione sarà dedicata alla divaricazione presente tra gli obiettivi formalmente dichiarati, i nodi irrisolti, le inerzie e gli opportunismi delle Regioni impegnate nella costruzione di sistemi sanitari regionali spesso in competizione fra di loro e con il governo centrale alla ricerca di una propria specifica connotazione politica.

2. Lezioni globali

Da più parti la pandemia è stata interpretata come una sorta di test per i singoli paesi e per le organizzazioni multilaterali. Il contenimento del contagio e della sua mortalità osservato in alcuni paesi, ad esempio Germania e Corea del Sud, è stato attribuito all’azione di un apparato statale competente e dotato di risorse adeguate, guidato da leader che godevano della fiducia popolare. Al contrario, i pessimi risultati osservati negli Stati Uniti, malgrado la loro grande tradizione scientifica e industriale, sono stati da molti ascritti alla debolezza dell’attuale presidenza⁹.

In modo analogo, in un altro paese di grandi tradizioni come la Gran Bretagna «la risposta al coronavirus è stata il più grande fallimento di una generazione nella politica della scienza» e, sul piano assistenziale, «uno scandalo nazionale»¹⁰. Secondo gli esperti di relazioni internazionali, il declino del tradizionale asse anglo-americano contribuirà all’ulteriore erosione dell’attuale ordine mondiale neoliberale, aumentando un’“anarchia” delle regole nelle relazioni fra le grandi potenze alla ricerca di un nuovo assetto di governo globale, analogamente a quanto accadde alla fine della seconda guerra mondiale¹¹. Le tensioni provocate dalla competizione fra le grandi potenze esacerbata dalla crisi provocata dal contagio imputato al “virus cinese” ha provocato, secondo il Segretario generale dell’ONU Antonio Guterres, «uno tsunami di ostilità e di xenofobia, ricerca di capri espiatori e creazione

⁹ Cfr. ad esempio, R. HORTON, *The Covid-19 catastrophe. What’s gone wrong and how to stop it happening again*, Cambridge, 2020, pp. 25-30.

¹⁰ Ivi, pp. 81-91.

¹¹ G.J. IKENBERRY, *The age of contagion demands more internationalism, not less*, in *Foreign Affairs*, July/August/2020.

di un clima di paura»¹², che ha travolto per prime le fragili istituzioni sovranazionali inventate a tutela della salute globale. La decisione del Presidente Trump di sospendere il finanziamento degli Stati Uniti alla Organizzazione mondiale della sanità, accusata di sudditanza nei confronti della Cina¹³, rappresenta un chiaro esempio di subordinazione delle politiche di sicurezza globale alle esigenze della politica di potenza di un singolo paese. Fra le numerose conseguenze della clamorosa scelta di Trump, definita «un crimine contro l'umanità»¹⁴, l'impatto più diretto sarà verosimilmente sulla efficacia delle International Health Regulations (IHR) approvate nel 2005 con il compito di «prevenire, proteggere, controllare e preparare la risposta sanitaria alla diffusione internazionale delle malattie»¹⁵. Le IHR rappresentano l'evoluzione della lunga serie di Conferenze Sanitarie Internazionali avviate a Parigi nel 1851 per il controllo della diffusione di peste, febbre gialla e colera ai tempi della prima globalizzazione¹⁶, e sono state approvate nel 2005 sull'onda della grande paura della pandemia da Sars del 2002-3, con l'obiettivo di «garantire la sicurezza sanitaria globale con la minima interferenza sulla circolazione delle persone e delle merci»¹⁷. Con circa 8.000 casi e 700 decessi, la Sars è stata un'epidemia relativamente contenuta ma di grande importanza storica, politica e simbolica per due motivi fondamentali. Il coronavirus responsabile della Sars è stato definito «il primo patogeno post-Westfaliano», la cui diffusione non è stata gestita secondo i criteri diplomatici di non-interferenza, sovranità nazionale e legislazione sovranazionale non vincolante, ma in base ai nuovi principi della Global Health Security¹⁸. Inoltre, le ori-

¹² Citato in S. ZIZEK, *Pandemic! Covid-19 shakes the world*, Cambridge, 2020, p. 118.

¹³ B.R. BLOOM, P.E. FARMER, E.J. RUBIN, *WHO's next. The United States and the World Health Organization*, in *NEJM*, July 15, 2020.

¹⁴ R. HORTON, *The Covid-19 catastrophe*, cit., p. 27.

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Health Regulations*, WHA58.3, Geneva, 2005.

¹⁶ V. HUBER, *The unification of the globe by disease? The International Sanitary Conferences on cholera, 1851-1894*, in *The Historical Journal*, n. 49/2006, pp. 453-476; W.F. BYNUM, *Policing hearts of darkness. Aspects of the International Sanitary Conferences*, in *History and Philosophy of the Life Sciences*, n. 15/1993, pp. 421-434.

¹⁷ D. P. FIDLER, L.O. GOSTIN, *The new international health regulation. An historic development for international law and public development*, in *Journal Law, Medicine & Ethics*, n. 34/2006, pp. 85-94.

¹⁸ D.P. FIDLER, *SARS, governance and the globalization of disease*, Basingstoke,

gini della Sars nella città di Guangzhou, dove si incrociano tradizioni popolari contadine di convivenza fra persone e animali con connessioni internazionali rispetto alle principali metropoli cinesi e al resto del mondo, rappresentano una costante ripresentatasi più volte¹⁹, fino alla pandemia da Covid-19. Quest'ultima, come noto, partita dalla città di Wuhan, anch'essa posta all'incrocio di due mondi.

Le IHR vincolano i 196 paesi aderenti alla preparazione preventiva e alla segnalazione tempestiva di tutti gli eventi sanitari di possibile interesse sovranazionale all'OMS, a cui sono attribuiti poteri di coordinamento e di ispezione, inclusa la dichiarazione di pandemia ovvero di una Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). Quest'ultima è definita tecnicamente come “una condizione che si presenta come seria, inusuale o inattesa; ha conseguenze per la salute pubblica oltre i confini del paese interessato; e può richiedere un intervento internazionale immediato”. La defezione degli Stati Uniti, un attore fondamentale sul piano scientifico e finanziario, rappresenta un significativo indebolimento del sistema di segnalazione e controllo delle pandemie²⁰, che è stato più volte attivato, non senza polemiche negli ultimi anni per H1N1 (2009), Ebola (2014 e 2019), Polio (2014), Zika (2016) e, infine, per la dichiarazione di pandemia da Covid-19 (30 gennaio 2020).

Queste considerazioni suggeriscono che quella che viene definita come la “nuova normalità” post-pandemica, posto che si possa parlare in questi termini, potrebbe essere dominata da nazionalismi isolazionistici, alimentati da teorie cospirative, destinati a travolgere anche le poche e malferme istituzioni multilaterali che presiedono al governo globale della salute. È tuttavia anche possibile pensare che una riflessione critica sulla pandemia possa condurre in direzioni diverse o addirittura opposte, aprendo le possibilità concrete di una trasformazione sistemica. Tra i primi, Slavoj Žižek ha annunciato una possibile «società alternativa» basata sulla «fiducia nelle persone e nella scienza», definita «comunista in un senso nuovo», in quanto espressione di «nuove forme di solidarietà locale e globale» che possono sostituire «i meccanismi

2004.

¹⁹ P. WALD, *Contagious: Cultures, carriers, and the outbreak narrative*, Durham, 2008.

²⁰ L.O. GOSTIN et al., *US withdrawal from WHO is unlawful and threatens global and US health and security*, in *Lancet*, July 8/2020.

di mercato per risolvere i problemi sociali»²¹. Altri insistono sul ruolo positivo dell'intervento dello Stato per indirizzare (e finanziare) l'innovazione in campo economico, sociale, sanitario²². Analogamente, la complessità e l'entità delle risposte elaborate per far fronte all'impatto sanitario, economico e sociale della pandemia ha riproposto l'antico concetto di sicurezza sociale nel suo significato di tutela economica e di protezione sociale per come emerso nella Dichiarazione universale dei diritti umani del 1948, che all'articolo 22 specificava come il diritto di ogni individuo alla sicurezza sociale avrebbe dovuto realizzarsi "attraverso lo sforzo nazionale e la cooperazione internazionale". La valorizzazione del concetto di sicurezza sociale come compito fondamentale degli Stati moderni in un ambito di cooperazione sovranazionale da un lato avrebbe il merito di togliere le politiche sanitarie dalla loro tradizionale posizione sussidiaria, ai margini delle politiche economiche nazionali e, dall'altro, di eliminare la contrapposizione tra ragioni della salute ed esigenze dell'economia.

Non è possibile azzardare previsioni su quale delle eventualità connoterà il nuovo corso post-pandemia sul piano nazionale e internazionale. Tuttavia, le esperienze di questi intensi mesi dovrebbero almeno aver fatto giustizia di due dei più abusati dogmi del pensiero dominante degli ultimi venti anni. La clamorosa evidenza delle caratteristiche della popolazione nel determinare le differenze fra paesi rispetto a diffusione, distribuzione e letalità dell'epidemia, veicolata anche nel suo significato letterale di *epi-demos*²³, ha empiricamente confutato la famosa espressione di Margaret Thatcher secondo cui "quella cosa chiamata società non esiste". Similmente, dopo i massicci interventi dello Stato nell'economia e nella vita quotidiana delle persone adottati in tutti i paesi, sembra difficile che possa continuare a riscuotere consenso l'altra celebre frase del discorso inaugurale della presidenza di Ronald Reagan secondo cui "il governo non è la soluzione ai nostri problemi, il governo è il problema". Inoltre, non si potrà più pensare

²¹ S. ZIZEK, *Pandemic!*, cit., pp. 39 ss.

²² M. MAZZUCATO, *Is it time to nationalize the pharmaceutical industry?*, in *BMJ*, 4 march/2020; M. PIANTA, *L'intervento pubblico dopo l'epidemia: progetti, strumenti, conflitti*, in AA.VV., *Il mondo dopo la fine del mondo*, Roma-Bari, 2020 (di prossima uscita).

²³ J. BECKFIELD N. KRIEGER, *Epi+ demos+cracy. Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities. Evidence, gaps, and a research agenda*, in *Epidemiologic Review*, n. 31/2009, pp. 152-177.

che la beneficenza privata possa provvedere al gigantesco impegno finanziario necessario per tamponare il disastro dell'economia. Ha fatto in questo senso notizia la munifica donazione di 1 miliardo di dollari del CEO di *Twitter* Jack Dorsey, cifra che tuttavia impallidisce di fronte ai 2.3 trilioni di dollari già stanziati dal congresso Usa e persino ai ben più modesti 100 miliardi di euro del governo italiano e ai 1.500 miliardi della UE.

La fase "anarchica" delle relazioni politiche ed economiche fra grandi potenze contrasta peraltro con quanto si osserva nel campo della ricerca scientifica e dello sviluppo industriale di farmaci e vaccini, in cui sono state avviate numerose iniziative di cooperazione fra Stati e fra soggetti pubblici e privati²⁴. Inoltre, forse memori delle esperienze passate allorquando i paesi più ricchi si sono appropriati dell'intera produzione delle nuove tecnologie, non sono rari gli appelli e le dichiarazioni per una equa distribuzione dei futuri prodotti della ricerca²⁵. Benché, a questo proposito, sarà necessario osservare il reale comportamento degli Stati quando diventeranno effettivamente disponibili prodotti commercializzabili.

Da ultimo, a livello europeo a seguito della pandemia sono stati introdotti nuovi strumenti (il Meccanismo europeo di stabilità, MES, e il programma Next Generation Europe) per finanziare la spesa e gli investimenti in campo sanitario da parte dei governi nazionali.

3. Confronti internazionali e differenze nazionali

Appare difficile esprimere valutazioni, specie se comparative, circa la risposta fornita dai vari paesi alla prima fase del virus. Lo sfasamento temporale nell'esordio dell'epidemia nei diversi paesi, la variabilità nella diffusione del contagio al loro interno, le significative differenze nell'andamento delle curve epidemiche a livello nazionale e regionale – inclusa la significativa ripresa dei contagi in numerosi Stati americani e in varie Regioni europee – sono alcuni degli aspetti fondamentali che inducono a considerare con cautela qualsiasi valutazione comparativa. Inoltre, il numero di casi notificati e di decessi attribuiti al virus

²⁴ H. CLIFFORD LANE, A.S. FAUCI, *Research*, cit.

²⁵ T.J. BOLLYKY, L.O. GOSTIN, M.A. HAMBURG, *The equitable distribution of COVID-19 therapeutics and vaccines*, in *NEJM*, may 7, 2020.

si sono dimostrati indicatori scarsamente affidabili per descrivere la gravità dell'epidemia e, in misura ancora maggiore, per valutare l'efficacia della risposta sanitaria dei sistemi sanitari e dei servizi territoriali e ospedalieri²⁶. I casi notificati rappresentano una proporzione ridotta e molto variabile delle infezioni effettive che indagini di sieroprevalenza condotte in dieci città degli Stati Uniti stimano fra sei e ventiquattro volte superiori a quelli ufficiali²⁷. Il noto fallimento dell'indagine campionaria italiana di sieroprevalenza non permette di disporre di dati simili per l'Italia. In modo analogo, l'eccesso di mortalità complessiva osservato durante i mesi del picco epidemico è di molte volte superiore ai casi di morte ufficialmente attribuiti alla malattia, in proporzioni anche in questo caso assai variabili nel tempo e nei luoghi, con stime che vanno da un terzo a più del doppio della mortalità attesa, sia negli Stati Uniti²⁸, sia in Italia²⁹.

Sembra quindi opportuno considerare separatamente la risposta dei sistemi sanitari nazionali riguardo alla loro capacità di continuare a offrire una copertura al complesso della popolazione rispetto al funzionamento dei loro diversi ambiti di intervento e ai risultati finali, quali la capacità di controllare la diffusione del contagio e di contenerne la mortalità.

La struttura del SSN si è dimostrata nel complesso adeguata ad affrontare la "tempesta perfetta" che ha colpito la popolazione italiana³⁰.

Più in generale, anche la risposta alla pandemia ha evidenziato come un sistema sanitario che garantisca una copertura universale, finanziata attraverso la fiscalità generale e con una capacità di intervento preventivo e diagnostico-terapeutico, a livello territoriale e ospedaliero, nei confronti di popolazioni geograficamente determinate, rappresenti l'organizzazione ottimale per affrontare con efficacia una condizione come l'infezione da coronavirus. Infezione che associa all'ampia diffu-

²⁶ J.W. ZYLKE, H. BAUCHNER, *Mortality and morbidity. The measure of a pandemic*, in JAMA, 17 July/2020.

²⁷ T.S. BROWN, R.P. WALESKY, *Serosurveillance and the Covid-19 epidemic in the U.S. Undetected, uncertain, and out-of-control*, in JAMA Int. Med., July 21, 2020.

²⁸ D.M. WEINBERGER, J. CHEN, T. COHEN et al., *Estimation of excess deaths associated with the COVID-19 pandemic in the United States*, in JAMA, July 1/2020.

²⁹ ISTAT-ISS, *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente*, gennaio-maggio/2020, 9 luglio/2020.

³⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Regional Office for Europe*, cit.; C. GIORGI, F. TARONI, *Il Servizio sanitario nazionale di fronte alla pandemia*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 29 aprile 2020.

sione nella popolazione generale l'elevata letalità e l'altissimo assorbimento di risorse concentrati su un segmento relativamente ristretto di popolazione.

Schemi di assicurazione privata (eventualmente intermediata dal datore di lavoro come negli Stati Uniti), o di assicurazione sociale (istituzionalmente garantita ai lavoratori occupati come nei classici modelli bismarckiani di Francia e Germania) non presentano eguale ampiezza e profondità di copertura. Ciò in ordine al fatto che rispetto al sistema contributivo essi si basano, entrambi, sul principio di equivalenza fra contribuzione e benefici e, su quello organizzativo, separano la prevenzione collettiva dalla assistenza individuale, spesso frammentata fra medica di base e ospedaliera.

Negli Stati Uniti l'assetto neoliberale e il predominio dell'economia di mercato – tanto nella domanda, quanto nella produzione di prestazioni sanitarie – hanno messo in estrema difficoltà il sistema sanitario, proprio nel momento in cui esso è stato massimamente necessario³¹. Dal momento che circa il 40% dei 20 milioni di nuovi disoccupati a causa della crisi economica provocata dalla pandemia disponeva di un'assicurazione sanitaria tramite il proprio datore di lavoro, circa otto milioni di lavoratori (inclusi, in alcuni casi, le loro famiglie) hanno perso la copertura sanitaria a causa della pandemia. La perdita di reddito ha permesso a parte di loro di conservare la copertura assicurativa accedendo ai programmi “di emergenza” – come l'espansione di *Medicaid* e i *marketplace plans* co-finanziati dal governo federale – di quegli Stati che hanno deciso di applicare parte dello *Affordable Care Act* (ACA) di Obama. Inoltre, il crollo della domanda di assistenza ordinaria provocato dalla pandemia ha ridotto di oltre il 60% i volumi di attività, provocando una crisi finanziaria senza precedenti per tutto il settore della produzione di servizi sanitari, dagli ambulatori ai grandi ospedali, remunerati secondo tariffe prefissate per prestazione (*fee-for-service*). Gli ospedali prevedono per il 2020 una diminuzione di entrate pari a 323 miliardi di dollari e la perdita di circa un milione di posti di lavoro³².

³¹ D. BLUMENTHAL, E.J. FOWLER, M. ABRAMS, S.R. COLLINS, *Covid-19-Implications for the health care system*, in *NEJM*, July 16, 2020.

³² M.L. BARNETT, A. MEHROTRA, B.L. LAUDON, *Covid-19 and the upcoming financial crisis in health care*, in *NEJM Catalyst*/April 2020.

La Economist Intelligence Unit ha presentato nel giugno di quest'anno la valutazione comparativa della qualità dell'assistenza prestatata durante la pandemia da 21 paesi OCDE³³, in base a un indicatore sintetico in una scala da 1 a 4, dato dalla somma semplice di tre criteri di qualità della risposta³⁴, tenendo conto di più fattori di aggiustamento (proporzioni di popolazione anziana e obesa, frequenza di arrivi dall'estero). Germania e Nuova Zelanda sono all'apice con un punteggio di 3,56, mentre Italia, Gran Bretagna e Spagna condividono l'ultimo posto, con un punteggio di 2,22, con la mortalità più alta tra tutti i paesi considerati. Questo è in parte giustificabile per Spagna e Italia dal fatto di essere stati investiti più precocemente dall'ondata pandemica, mentre nel caso della Gran Bretagna, dove l'epidemia è arrivata circa un mese dopo, il rapporto chiama in causa l'atteggiamento altalenante della strategia governativa e la scarsa disponibilità di tamponi³⁵.

Per l'Italia hanno pesato incertezze e indecisioni nelle prime e decisive fasi della diffusione del virus³⁶, significative differenze nell'organizzazione e nel funzionamento dei sistemi sanitari di alcune delle Regioni italiane più colpite³⁷, incluse le debolezze della sanità pubblica e della medicina primaria³⁸. Ma a incidere è stata anche la crisi che ha interessato in Italia le strutture residenziali per gli anziani, con un numero di morti che toccano il 40% della mortalità complessiva³⁹. Il risultato positivo ottenuto dalla Germania è dovuto ai bassissimi valori di mortalità ottenuti con un'efficace strategia di individuazione dei casi e dei loro contatti poggiante su una rete di ben 170 laboratori, un'alta

³³ ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, *How well have countries responded to the coronavirus crisis?*, June 2020.

³⁴ Ossia numero di tamponi eseguiti, mortalità media in eccesso e proporzione di interventi chirurgici cancellati come indicatore indiretto della capacità di continuare l'attività ordinaria.

³⁵ D. HUNTER, *Covid-19 and the stiff upper lip. The pandemic response in the United Kingdom*, in *NEJM*, April 16/2020.

³⁶ G.P. PISANO, R. SADUN, M. ZANINI, *Lessons from Italy's response to coronavirus*, in *Harvard Business Review*, March 27/2020; L. ROSENBAUM, *Facing Covid-19 in Italy. Ethics, logistics and therapeutics on the epidemic's front line*, in *NEJM*, March 18/2020.

³⁷ M. NACOTI, A. CIOCCA, A. GIUPPONI et al., *At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy*, in *NEJM Catalyst*, March 21/2020.

³⁸ C. GIORGI, F. TARONI, *Il Servizio sanitario nazionale*, cit.

³⁹ F. PESARESI, *Il COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani*, in *I luoghi della cura*, n. 2/2020; ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie*, Terzo Report, 2020.

disponibilità di posti letto nelle terapie intensive, connesse in un unico sistema informativo che ha permesso la rapida circolazione dei pazienti trasferiti da aree in crisi⁴⁰. L'esame ravvicinato dei risultati di questa analisi comparativa evidenzia tuttavia numerosi limiti, riferibili alla tempestività dei dati utilizzati e all'uso di valori medi complessivi in presenza di un'ampia variabilità geografica e/o per categorie a rischio.

La risposta degli Stati Uniti è stata definita "buona" con un indicatore di 3,11, grazie ai valori massimi attribuiti al numero di test effettuati e ai valori di mortalità, tenendo conto dell'alta prevalenza di persone obese e anziane. Tuttavia, la situazione degli Stati Uniti si è radicalmente aggravata dal momento della raccolta dei dati dell'indagine pubblicata nel giugno 2020, come dimostra l'impennata della curva del contagio e dei decessi a partire dalle ultime settimane di giugno, dopo che numerosi Stati hanno cominciato a riaprire. Al 16 luglio, gli Stati Uniti con il 4 per cento della popolazione mondiale hanno stimato il 26% dei casi (oltre 3,4 milioni) e circa il 24% dei decessi. La loro distribuzione è concentrata soprattutto fra la popolazione di colore, che pur costituendo il 13% di quella totale, rende ragione di più della metà dei casi e dei decessi, nonché fra quella ispanica, che a sua volta rappresenta il 18% della popolazione, ma più di un terzo dei casi di infezione⁴¹.

Inoltre, la nuova fase della prima ondata dell'epidemia ha presentato una spiccata tendenza a concentrarsi in alcuni Stati (Florida, California e Texas), mentre altri (New York), pur duramente colpiti, hanno continuato la fase discendente della curva.

Differenze nella distribuzione geografica dei casi sono state osservate in tutti i paesi. In Italia, la distribuzione regionale delle 243.736 persone con Covid-19 e dei 35.017 deceduti notificati alla Protezione Civile al 16 luglio 2020 evidenzia la presenza di tre epidemie diverse per dimensioni, gravità e diffusione.

Prescindendo dalle concentrazioni sub-regionali dei casi, l'epidemia più grave ha colpito la Regione Lombardia, i cui 95.316 casi e 16.775 deceduti contribuiscono al totale nazionale per oltre un terzo dei casi e per quasi la metà dei decessi; a un livello intermedio si collocano Regioni del Centro-Nord (ad esempio, Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana) che presentano fra un terzo e un

⁴⁰ R. HORTON, *The Covid-19*, cit., pp. 70-1.

⁴¹ D. BLUMENTHAL, E.J. FOWLER, M. ABRAMS, S.R. COLLINS, *Covid-19-Implications*, cit.

quarto dei casi osservati in Lombardia e una proporzione ancora inferiore di deceduti. Infine, le Regioni del Sud, incluse quelle di maggiori dimensioni come Calabria, Campania e le Isole, mostrano una presenza sporadica di casi e un numero molto ridotto di decessi. I dati al 21 luglio confermano le differenze interregionali, con un'incidenza cumulativa dei casi notificati in Lombardia per 100.000 residenti più che doppia (949.82) del valore nazionale (405.42); mentre le grandi Regioni del Sud come Campania (83.46), Calabria (62.71) sono soltanto marginalmente interessate⁴². Dal momento che la Regione Lombardia, dopo la Regione Veneto, è stata la prima interessata e continua a registrare quasi la metà dei casi registrati in Italia, la sua risposta connota largamente i risultati nazionali. Le motivazioni di queste differenze cominciano soltanto ora a essere indagate, quanto a cause e a impatto sulla risposta assistenziale. Tuttavia, è evidente che l'intensità della circolazione del virus e la diversa esposizione delle popolazioni regionali è associata ai flussi nazionali e internazionali delle persone e delle merci. Così come sembra chiaro che la gravità dell'epidemia abbia messo alla prova in modo diverso i sistemi di governo regionali e locali, sottolineando differenze e deficienze nella capacità di risposta di sistemi sanitari considerati, per altri versi e in altri ambiti, "di eccellenza"⁴³.

Al di là delle contingenze locali e della gravità dell'epidemia, le differenze nell'efficacia della risposta sono spesso riconducibili allo sviluppo storico dei diversi settori dell'organizzazione dei servizi sanitari a livello nazionale e regionale.

Le principali critiche al funzionamento del SSN nel breve periodo si sono appuntate sulla sua struttura di governo, il cui eccessivo decentramento regionale avrebbe reso più difficile una risposta pronta ed efficace al mutare dell'epidemia. D'altronde, nel tempo, la frammentazione delle scelte politiche avrebbe potuto produrre una disparità nell'offerta assistenziale delle varie Regioni, soprattutto del Sud, che

⁴² Le differenze su base regionale sono confermate anche dalla classificazione ISTAT-ISS delle provincie italiane, in base ai valori dei loro tassi standardizzati di incidenza cumulativa in cui il 72% dei casi notificati si concentra nelle provincie ad alta incidenza, soprattutto lombarde ed emiliano-romagnole.

⁴³ M. BONATI, *Perché la Lombardia è un outlier: un'anomalia evidenziata dalla Covid-19*, in *Ricerca & Pratica*, n. 36/2020, pp. 51-56; N. BINKIN, S. SALMASO, F. MICHELETTO, F. RUSSO, *Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic. A comparison of approaches and early outcomes in two italian regions*, 2020, consultabile su sito medrxiv.org.

avrebbe così contribuito alle diseguaglianze nelle loro condizioni di salute, fortunatamente evitate nel caso dell'epidemia per il suo limitato impatto sulla popolazione.

Invero, sul piano empirico questa osservazione è confutata dall'esperienza della Germania, paese federale per eccellenza, in cui i Länder godono di una particolare autonomia in ambito sanitario. In quel caso, l'ampia autonomia è stata utilizzata per aumentare le opportunità complessive del sistema, come dimostra l'amplissima rete di laboratori che ha dotato il paese di una capacità di 50.000 test al giorno, contro i 3.000 della Francia.

Sul piano istituzionale, l'osservazione di una eccessiva frammentazione dei processi decisionali sembra trascurare il fatto che sia la Costituzione, sia la legge istitutiva del SSN del 1978 abbiano riservato agli organi dello Stato la competenza esclusiva sulla gestione delle epidemie⁴⁴, inclusi i rapporti con gli organismi internazionali, e che il Governo abbia comunque dichiarato lo stato di emergenza nazionale (dal 31 gennaio al 31 luglio 2020), concentrando sulla Presidenza del Consiglio dei Ministri importanti poteri di Protezione civile, idonei ad affrontare anche le soluzioni più estreme.

Inoltre, è appena il caso di ricordare le diverse voci polemiche sollevatesi per denunciare come l'erroneamente definito "stato di eccezione" prodotto dalla pandemia abbia piuttosto esaltato i poteri dello Stato centrale, con effetti di limitazione delle libertà individuali e dei poteri del Parlamento.

Alla luce di queste diverse posizioni sul tema, è bene precisare che i momenti di tensione fra governo nazionale e governi regionali emersi in varie occasioni durante i lunghi mesi della prima ondata dell'epidemia dovrebbero essere più propriamente ascritti alla negoziazione politica dell'elaborazione e attuazione delle decisioni centrali, anziché essere ricondotti a questioni strutturali nella distribuzione formale delle competenze tra livelli di governo, sanitario e non.

⁴⁴ Come di recente ricordato l'articolo 32 della legge 833/1978 prevede che il ministro della Sanità possa emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso. Inoltre la Costituzione contiene due strumenti di emergenza atti a garantire interventi immediati e coordinati assunti dall'intero Governo e coinvolgenti altri soggetti sovrani, quali Presidente della Repubblica e Parlamento. Cfr. G. AZZARITI, *Tutte le misure urgenti e necessarie senza bisogno dello stato d'emergenza*, in *Il Manifesto*, 21 luglio 2020.

4. Il contesto storico dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale

Alla luce di questo quadro e delle vicende relative ai rapporti tra Stato e Regioni, è bene ricordare in breve quali furono le origini storiche e politiche del SSN, considerato la più rivoluzionaria delle riforme della storia italiana repubblicana. Il SSN fu espressione di quella che potrebbe denominarsi una politica delle alleanze, nella quale si saldarono le conquiste del movimento operaio e quelle sindacali in fabbrica, le pressioni e mobilitazioni portate avanti dalle varie realtà di movimento, da quello femminista, a quello studentesco, a quello di “lotta per la salute”, a quello della psichiatria radicale, nonché i primi provvedimenti di pianificazione regionale sanitaria, rafforzati dal decentramento territoriale dei servizi sociali e sanitari⁴⁵. Il medesimo concetto di *servizio sociale territoriale* emerso negli anni Settanta fu espressione di una domanda di servizi collettivi, decentrati e offerti a tutti in modo uguale, di contro alla tradizionale logica particolaristica e monetaria fin a quel momento vigente. I conflitti sorti in quel periodo storico attorno al welfare, le sperimentazioni istituzionali e territoriali di allora riuscirono a prospettare un nuovo e più complessivo modello di welfare, opposto a quello sino a quel momento vigente, informato da logiche burocratiche, da tratti corporativi, occupazionali e discrezionali.

L'elaborazione del SSN fu il frutto di un lungo processo che accompagnò le trasformazioni fondamentali del paese e il cui incipit potrebbe collocarsi già nell'esperienza della Resistenza e delle elaborazioni datesi in seno ai CLN regionali (in specie quello del Veneto e grazie al contributo di un importante igienista come Augusto Giovanardi), nonché nel dettato costituzionale dell'articolo 32.

Fu tuttavia solo negli anni Sessanta che il dibattito sulla salute si aprì a nuovi orizzonti, prendendo forma compiuta nel corso del decennio successivo e intercettando le domande di cambiamento e democratizzazione informanti gli intensi conflitti sociali di quel periodo storico. È così che il movimento per la riforma sanitaria e le vicende che portarono alla legge del 1978, si intrecciarono – anzi ne furono

⁴⁵ C. GIORGI-I. PAVAN, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi storici*, n. 2/2019, pp. 417-455; C. GIORGI, *La sanità da riscoprire. Le radici politiche del Servizio Sanitario Nazionale* in A. MASTRANDREA, D. ZOLA (a cura di), *L'epidemia che ferma il mondo. Economia e società al tempo del coronavirus*, Roma, 2020.

espressione – con una «incoercibile pressione dal basso»⁴⁶, con le aspirazioni trasformative del tessuto sociale e degli assetti istituzionali, con pratiche politiche e partecipative inedite, con un fermento intellettuale di ampio respiro.

Di qui le peculiari origini “politiche” dell’assetto universalista, pubblico e decentrato del SSN, il quale rispose a un’impostazione della salute come fatto sociale e politico, a una visione integrata dell’intervento sanitario e di quello sociale, alla centralità del momento preventivo e del dato qualitativo, a una organizzazione periferica e territoriale, a un impegno diffuso capace di investire questioni legate alla tutela dell’ambiente.

Nel dibattito e nell’ideazione del SSN furono coinvolti numerosi attori sociali e politici, ambiti collettivi di ricerca, nuovi saperi, originali forme di lotta. Un ruolo decisivo, già dagli inizi degli anni Sessanta, ebbero le riflessioni maturate in seno ai due principali partiti della sinistra, PCI e PSI, e al sindacato, la CGIL in particolare, alle quali si affiancarono elaborazioni e pratiche portate avanti dai protagonisti della stagione dei movimenti, che ai temi della salute, della medicina e dell’ambiente diedero un contributo di altissimo rilievo, connettendolo alle più complessive istanze di trasformazione strutturale del paese. In questo percorso emersero anche singolari biografie, punti di riferimento di un profondo ripensamento e rinnovamento medico-sanitario e più in generale del rapporto tra medicina, società e politica. Figure di raccordo tra l’ambito medico–accademico, il mondo del lavoro e della fabbrica e lo spazio più propriamente politico. Figure queste intente a dar vita a molteplici iniziative a livello locale e regionale, propedeutiche per la messa a punto del SSN e per una nuova concezione della salute.

Ad accomunare questi protagonisti, i loro numerosi collaboratori e quanti attivi sui temi sanitari, fu una visione unitaria e integrata della salute – fisica e psichica, individuale e collettiva, legata alla comunità e al territorio. A unirli furono altresì una concezione politica dell’ambito medico-sanitario – e con essa una riconduzione della salute a fatto sociale – e una profonda consapevolezza delle responsabilità del capitalismo avanzato. A ciò si sommò una nuova impostazione del rapporto tra medico e paziente, nonché l’opzione per un’organizzazione sanitaria periferica e decentrata, per una sua gestione diretta e

⁴⁶ G. MORO, *Anni Settanta*, Torino, 2007, p. 33.

partecipata, per la centralità del momento preventivo su quello curativo dell'intervento sanitario. Ma anche, è bene ricordarlo a fronte dei problemi attuali del sistema sanitario, un forte accento per la centralità dei servizi di cure primarie rispetto a quelle ospedaliere – si pensi soltanto ai consultori e ai servizi di cura domiciliari – quali punti di svolta di nuove modalità gestionali e operative.

D'altronde, il dettato costituzionale dell'articolo 32 era stato chiaro: il diritto alla salute, unico diritto sociale riconosciuto fondamentale, doveva mettere insieme profilo soggettivo, individuale e interesse della collettività. Il diritto alla salute doveva comportare scelte politiche che coinvolgessero tutta la popolazione, investendo la natura della democrazia, il complessivo assetto sociale ed economico del paese. Esso doveva altresì mirare a un nuovo rapporto tra la salute ambientale e l'organizzazione del lavoro, doveva saldare la prevenzione alla partecipazione, giungere a riconfigurare le relazioni di potere tra cittadini e istituzioni, uscendo da una relazione meramente individualistica del rapporto tra malato e sistema sanitario e coniugandosi con l'obiettivo della salute collettiva. In questa chiave, il ruolo della medicina giungeva a investire l'intero spazio della comunità, mobilitava nuovi attori, era il portato di istanze complessive di democratizzazione in grado di coinvolgere gli assi centrali della vita quotidiana e tutti i rapporti sociali di produzione e riproduzione sociale, puntando a un rinnovamento più profondo e generale.

Qui risiedeva l'originalità del "caso" italiano, nella «crescente convergenza culturale e politica sull'ipotesi di riformulare in termini universalistici e istituzionali il sistema sanitario»⁴⁷. Di qui la necessità di una tutela della salute da realizzarsi in modo capillare mediante la predisposizione di un servizio sanitario pubblico e universale, finanziato tramite il sistema della fiscalità generale, garantito a tutta la collettività nell'accesso e nel suo uso.

I punti forti della riforma erano: il decentramento democratico delle funzioni; la globalità degli interventi (di prevenzione, cura e riabilitazione) con la predilezione della prevenzione; la programmazione di essi in collegamento con piani economici e territoriali, legati all'assistenza sociale; la partecipazione democratica delle forze sociali, degli

⁴⁷ G. VICARELLI, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in *Storia dell'Italia repubblicana*, III, *L'Italia nella crisi mondiale. L'ultimo ventennio*, t. 2, *Istituzioni, politiche e culture*, Torino, 1997, p. 584.

operatori, degli utenti e di tutti i cittadini alla determinazione e gestione dei servizi; il forte accento sull'approccio epidemiologico.

La consapevolezza diffusa allora fu che la tutela della salute richiedesse interventi in campi diversi (assistenza, scuola, urbanistica, politiche di sviluppo economico), visto anche il labile confine esistente tra intervento sanitario e intervento sociale.

D'altra parte, tra i limiti emersi durante la pandemia vi è stata la mancanza di una assistenza territoriale, di un'integrazione dei servizi socio-sanitari, di un'organizzazione domiciliare rimasta per troppi anni la cenerentola del sistema, con tutte le conseguenze scaricate sulla ospedalizzazione.

5. Il protagonismo delle Regioni: laboratori di democrazia o sedi di clientelismo?

In questo quadro si situa il protagonismo delle Regioni. In particolare, furono le vicende legate all'urgenza di far fronte all'ennesima crisi finanziaria degli enti mutualistici e l'attuazione dell'ordinamento regionale a portare nel 1974 alla politicissima decisione di finanziare per la prima volta gli ospedali affidandone il controllo alle Regioni. Evento questo che aprì una finestra di opportunità per quella riforma complessiva dell'assistenza sanitaria che era stata più volte annunciata, ma di continuo rinviata per oltre un decennio. Se la crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri agì da catalizzatore, l'istituzione delle Regioni e il conseguente trasferimento a esse delle funzioni statali in materia di "assistenza sanitaria ed ospedaliera", in attuazione dell'art. 117 della Costituzione, fu l'evento politico e istituzionale che più contribuì a rinnovare il quadro sanitario. In particolare, ciò consentì di superare lo stallo determinato dal "triangolo di ferro" – composto dagli enti mutualistici, dagli enti ospedalieri e dai medici – che aveva dominato l'organizzazione dell'assistenza sanitaria nei primi trent'anni di vita repubblicana, in perfetta continuità con i principi corporativi della Carta del Lavoro del 1927. I governi regionali richiesero al governo nazionale la rapida approvazione della legge istitutiva del SSN, già da tempo predisposta e in discussione. Le Regioni non si limitarono soltanto ad agire da stimolo al governo, nè a gestire le nuove competenze loro trasferite sulla programmazione ospedaliera prima e sulle organizzazioni mutualistiche poi. Alcune di esse svilupparono infatti nuovi

modelli di organizzazione e servizi innovativi che, in verità, nascevano dalle sollecitazioni dei movimenti e/o dalle esperienze degli enti locali e che peraltro vennero in alcuni casi recepiti dalla stessa legislazione nazionale⁴⁸.

In termini più complessivi si può affermare che i temi della salute siano stati uno dei più frequenti terreni d'incontro fra istituzioni e movimenti, tramite esperienze atte a combinare pratiche di organizzazione autonoma e autogestione, pressioni dal basso ai fini della definizione dell'agenda politica complessiva e istanze di cambiamento radicale volto a coinvolgere istituzioni spesso permeabili alle sollecitazioni della società civile, sia a livello locale, sia regionale, sia nazionale.

Un esempio della peculiare permeabilità delle istituzioni a pratiche provenienti dai movimenti è quello fornito dai Consultori, che istituiti nel 1975, vennero affidati alle Regioni e poco dopo integrati nel SSN. Di fatto la legge sui consultori (n. 405) istituzionalizzò una serie di esperienze nate in seno alle pratiche del movimento femminista, alle sue istanze di libertà e di autodeterminazione, le quali erano state già recepite dai modelli organizzativi di alcune Regioni.

Ad analoghe considerazioni si prestano le elaborazioni e le esperienze di numerosi altri movimenti degli anni Sessanta e Settanta, a cui si è accennato.

La permeabilità alle istanze “dal basso” e la capacità innovativa sul piano dei modelli organizzativi e della produzione legislativa, anche a fronte delle resistenze di una burocrazia spesso recalcitrante, avvicina la funzione delle Regioni italiane nei primi anni della loro istituzione a dei “laboratori di democrazia”. Una funzione questa ben diversa da quella svolta nella fase successiva al 1978.

Nodi irrisolti e ambiguità presenti nella traduzione legislativa delle grandi aspettative legate alla riforma sanitaria, accanto a difficoltà finanziarie, inadempienze governative ed inerzie delle Regioni spiegano il fallimento dell'attuazione della legge n. 833 istitutiva del SSN⁴⁹. In-

⁴⁸ Si pensi al caso dei Consorzi sanitari di zona, sorti dallo sviluppo consortile delle antiche competenze comunali risalenti alla legge Crispi del 1888 sulla sanità pubblica, e nucleo primitivo da cui si svilupparono i Consorzi socio-sanitari (anticipatori delle Unità sanitarie locali, USL), istituiti durante la prima legislatura regionale in Lombardia, Toscana, Umbria, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio e Basilicata (F. TARONI, *Salute, sanità, regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni*, vol. 1, *Istituzioni*, Roma, 2015, pp. 411-428).

⁴⁹ F. TARONI, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva sto-*

vero i legislatori del tempo si erano detti consapevoli già nei passaggi di lenta approvazione della legge delle difficoltà che l'istituzione del SSN avrebbe incontrato. Nel 1974, presentando il suo disegno di legge, il ministro della Sanità Vittorino Colombo aveva evidenziato più problemi politici e organizzativi e al contempo il compito fondamentale che le Regioni sarebbero state chiamate a svolgere.

«Il programma – aveva affermato – per essere realizzato necessita sia di tempi medio-lunghi sia di volontà politica e capacità organizzative ed amministrative decisamente notevoli. Il presupposto su cui si basa la riforma consiste nel ritenere che tali volontà e capacità (che gli enti mutualistici non sono stati in grado di esprimere e che probabilmente erano nell'impossibilità di esprimere a causa della loro natura assicurativa) siano proprie delle Regioni che con la riforma stessa vengono ad assumere un ruolo di primissimo piano»⁵⁰. Molte Regioni e numerosi Comuni si dimostrarono invece al di sotto delle aspettative nella attuazione di un sistema complesso, gravato da più nodi irrisolti e da un contesto finanziario sfavorevole. La legge istitutiva definiva un Servizio sanitario nazionale che poteva essere interpretato come un'organizzazione centralizzata con tre livelli gerarchicamente ordinati da un processo di programmazione definito “a cascata”, in cui dal Piano sanitario nazionale elaborato dal governo nazionale le Regioni traevano le direttive per elaborare il proprio Piano che, a sua volta, recava le indicazioni per le USL. Un sistema quindi in cui ciascuno dei tre livelli godeva di autonomia politico-istituzionale ed era funzionalmente integrato agli altri dagli indirizzi generali elaborati congiuntamente nel Piano sanitario nazionale.

Le Regioni intrapresero l'arduo compito di dare attuazione alla serie di leggi espansive dei diritti in ambito sanitario e sociale approvate nel corso degli anni Settanta, mentre a livello centrale restarono dominanti, soprattutto nel corso degli anni Ottanta, le subentrate rigide politiche di contenimento della spesa pubblica imposte dalla congiuntura economica della doppia crisi del petrolio e dal vincolo esterno dell'adesione dell'Italia al Sistema Monetario Europeo. La dissociazione fra le “politiche di bilancio” perseguite a livello nazionale e le poli-

rica, Roma, 2011; ID., *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, 2019.

⁵⁰ V. COLOMBO, *Relazione alla Camera dei Deputati sulla crisi del sistema mutualistico e sul disegno di legge “Istituzione del servizio sanitario nazionale”*, in MINISTERO DELLA SANITÀ, *L'Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, 1977, p. 49.

tiche espansive dei diritti a livello regionale segnarono una differenza di fase fra Stato e Regioni, la quale finì per comprimere le competenze conferite alle nuove autonomie regionali e locali con un processo di ri-centralizzazione giustificato con l'esigenza di controllo della spesa pubblica. Inoltre, alla prova dell'attuazione di una normativa complessa coinvolgente una burocrazia regionale di recente creazione e un'intensa produzione normativa che avrebbe dovuto inventare nuove relazioni con il governo centrale e con gli enti locali, le Regioni risposero diversamente in ragione delle risorse e della capacità politica ed amministrativa di ciascuna. Cominciava così un processo di divaricazione fra organizzazione e funzionamento dei servizi sanitari regionali destinato a durare nel lungo periodo.

La valutazione dello stato di attuazione della riforma sanitaria condotta nel 1982 dal CNEL, in collaborazione con le organizzazioni sindacali, portò alla conclusione che «il decollo della riforma era stato, senza dubbio, molto più laborioso di quanto si potesse prevedere all'inizio e molti servizi *funzionavano* ancora ad un livello inferiore a quello del precedente sistema»⁵¹. Tutte le Regioni, tranne la Sicilia, avevano formalmente provveduto all'individuazione delle Unità sanitarie locali (USL) e alla nomina degli organi, ma la maggioranza di esse era ancora alle prese con la ricognizione e il trasferimento ai Comuni del patrimonio dei disciolti enti mutualistici e ospedalieri. I dati del Ministero della Sanità mostravano ampie differenze nelle dimensioni delle USL che, a fronte di una media nazionale di 87.000 abitanti, ne contavano 44.000 in Trentino e in Molise, 178.000 in Friuli e 139.000 in Veneto e Lombardia⁵². Le differenze tra Regioni nelle forme, nei modi e nei tempi di attuazione della riforma suggerirono al CNEL che andava «aumentando il divario tra le regioni più progredite e quelle a più basso grado di sviluppo, risultato questo che costituisce una grave contraddizione rispetto ad uno dei principi fondamentali della riforma»⁵³.

Alle differenze fra Regioni concorsero anche la diversità nelle relazioni fra società civile e classe politica che condizionarono la gestione delle USL e l'attuazione del principio della “partecipazione democratica” che la legge n. 833 intendeva realizzare. La «goffaggine istitu-

⁵¹ CNEL, *Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, Roma, 1982, p. 98.

⁵² G. DEL VECCHIO, *Considerazioni sullo stato delle Unità sanitarie locali*, in *Igiene e Sanità Pubblica*, 1980, pp. 48-57.

⁵³ CNEL, *Osservazioni*, cit. p. 98.

zionale»⁵⁴ con cui la legge aveva confuso obiettivi di rappresentanza democratica con compiti di gestione attribuiti a politici designati dai partiti rappresentati nei Consigli Comunali giustificò i dubbi sulle competenze dei componenti dei Comitati di gestione e motivò l'accusa di un'estesa lottizzazione partitica, talora degenerata in fenomeni di patronage, clientelismo e corruzione.

L'organizzazione decentrata del SSN e le responsabilità di gestione affidate a politici nominati e non eletti favorirono la permeabilità delle istituzioni ai più disparati interessi e gruppi di pressione. La selezione del personale politico chiamato a far parte dei Comitati di gestione in nome della partecipazione stipò infatti le USL di «giovani faccendieri in ascesa, di opachi funzionari di seconda fila, di apprendisti pronti ad esibirsi su altri palcoscenici, di *ex*-deputati, *ex*-sindaci, *ex*-assessori e pensionati vari resisi benemeriti nelle «piccole patrie»⁵⁵. Questi fenomeni sarebbero stati assai diffusi nelle Regioni del Sud, dove il decentramento delle competenze realizzato dalla riforma delle autonomie locali degli anni Settanta avrebbe costituito per il ceto politico «una inattesa e straordinaria opportunità di allocazione delle risorse, da incanalare secondo le pratiche consuete di natura particolaristica e clientelare, attraverso il voto di scambio»⁵⁶.

6. Poteri (dis)organizzati

Gli anni Novanta rappresentano un periodo cruciale per il governo della sanità, durante i quali le Regioni hanno acquisito un peso crescente nella formulazione delle politiche nazionali in un periodo di grave crisi economica e di estrema instabilità politico-istituzionale. Il decreto legislativo 23 dicembre 1992 (n. 502), sotto il dicastero di Francesco De Lorenzo, ha introdotto nel SSN tre elementi di forte rottura rispetto ai principi fondamentali e agli assetti organizzativi stabiliti dalla sua legge istitutiva: l'aziendalizzazione, la regionalizzazione e la privatizzazione, presentati come soluzioni definitive ai problemi emersi durante la sua attuazione. L'aziendalizzazione trasformava le Unità sanitarie

⁵⁴ M. FERRERA, G. ZINCONI, *La salute che noi pensiamo*, Bologna, 1986, p. 231.

⁵⁵ S. LANARO, *Storia dell'Italia repubblicana*, Padova, 1997, p. 362; G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma-Bari, 2005, pp. 515-16.

⁵⁶ V. FARGION, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna, 1997, p. 124.

locali da organizzazioni gestite dai Comuni in aziende pubbliche controllate dalla Regione, prevedendo la possibilità di scorporare un numero limitato di ospedali “di alta specialità e di importanza nazionale” costituiti in Aziende ospedaliere autonome. La regionalizzazione del SSN esaltava il ruolo istituzionale delle Regioni riprendendo alcune delle tesi elaborate dalla Commissione bicamerale per le riforme istituzionali presieduta da Ciriaco De Mita (1992-3), che delineavano un nuovo modello di Stato regionale in cui le Regioni erano riconosciute come comunità territoriali dotate di autonomia politica, finanziaria e normativa. La relazione illustrativa della legge delega per la “riforma della riforma” del 1992 attribuiva alla regionalizzazione l’obiettivo di «garantire la diversità delle soluzioni, frutto di scelte autonome e democratiche», collocando i momenti decisionali in sedi «più vicine e più sensibili ai bisogni della gente» per responsabilizzare le Regioni «non tanto verso l’amministrazione centrale come è stato finora, ma verso i cittadini». Nel contesto della grave crisi economica dei primi anni Novanta, l’enunciazione del tradizionale principio federalista di avvicinare le scelte politiche ai destinatari dei servizi passò in second’ordine rispetto all’obiettivo di irrigidire i vincoli di bilancio delle Regioni, con l’obbligo di far fronte con risorse proprie a eventuali eccessi di spesa rispetto ai trasferimenti statali per assicurare i livelli di assistenza disposti dallo Stato, attivando la loro esigua capacità fiscale e, ove necessario, ricorrendo a capitali privati. A questo scopo, le Regioni erano autorizzate a far uscire i propri cittadini dal SSN verso «altri incaricati di servizio» quali «mutue professionali, aziendali, volontarie o assicurazioni private» col compito di provvedere alla «erogazione, in tutto o in parte, dei livelli uniformi di assistenza». Regionalizzazione e privatizzazione erano quindi considerate interdipendenti in quanto la responsabilità finanziaria imposta alle Regioni eccedeva largamente la ridotta capacità impositiva riconosciuta loro da un regime fiscale fortemente centralizzato. L’uscita di una parte della popolazione dalla tutela del SSN e dal finanziamento pubblico veniva quindi interpretata come l’unica risposta possibile all’irrigidimento dei vincoli di bilancio a fronte dei declinanti trasferimenti centrali.

La genericità, l’incompletezza e la sostanziale ambivalenza delle norme fu un espediente utile per facilitare la rapida approvazione della “riforma della riforma” da parte di un Parlamento in profonda crisi per la bufera di Tangentopoli. Forse la formulazione rifletteva anche la nuova concezione dello Stato “facilitatore” che in ossequio al princi-

pio di “guidare, non remare” e ai modelli manageriali del New Public Management si asteneva da norme di dettaglio per lasciare ampi spazi discrezionali alla fase di attuazione⁵⁷. Ambiguità e incompletezze della normativa richiesero tuttavia ripetuti interventi di integrazione e di modifica su aspetti fondamentali relativi alla (parziale) privatizzazione del finanziamento e al funzionamento del nuovo sistema dei quasi-mercati che si sosteneva di voler introdurre. È il caso, ad esempio, degli “appositi rapporti” enigmaticamente evocati dal quinto comma dell’art. 8 del D.lgs 502/92 per alludere alle relazioni che le nuove aziende sanitarie territoriali avrebbero dovuto intrattenere con le strutture di produzione pubbliche e private. Il decreto correttivo Ciampi-Garavaglia emanato poco dopo (1993) eliminò l’apertura alla privatizzazione del finanziamento e qualificò gli “appositi rapporti” fra aziende sanitarie individuando tre componenti successivamente indicate, dal ministro della sanità Elio Guzzanti, nel sistema delle “3 A”, relative ad autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali. Queste ultime vennero infine regolate per legge, soltanto sette anni dopo, dalla cosiddetta riforma Bindi (1999). Analogamente, le disposizioni delle leggi finanziarie comprese fra il 1994 e il 1998, prodotte da una serie di governi di brevissima durata (ben undici in sei anni), provocarono una “rivoluzione continua” nel profilo delle relazioni fra Stato e Regioni, delle Regioni fra di loro e con le Aziende sanitarie.

Il cambiamento continuo delle norme che definivano la forma delle relazioni fra i principali attori del SSN offriva un’ampia scelta di modelli possibili alle Regioni per riorganizzare il loro sistema sanitario secondo la propria capacità amministrativa, l’orientamento ideologico del governo in carica e la stabilità del loro quadro politico. Risalgono probabilmente a questo periodo le differenze nell’organizzazione e nel funzionamento dei servizi sanitari regionali, generalmente ascritte alla riforma del Titolo V della Costituzione. La lamentata frammentazione regionale del SSN sarebbe quindi emersa da politiche “all’impronta”⁵⁸, in assenza cioè di un preciso modello generale di riferimento, che i governi regionali del momento adottavano in base a scelte contingenti dettate da inclinazioni ideologiche e capacità amministrative disponi-

⁵⁷ D. OSBORNE T. GAEBLER, *Reinventing government. How the spirit is Entrepreneurial Transforming the Public Sector*, New York, 1992.

⁵⁸ S. HARRISON, *National Health Service management in the 1980s. Policy making on the hoof?*, Aldershot, 1994.

bili. In questa fase, l'entità dello scorporo degli ospedali dalla gestione diretta delle Aziende USL e la loro costituzione in Aziende ospedaliere autonome, in analogia al *purchaser-provider split* della riforma Thatcher del 1991, hanno costituito il principale segno distintivo dell'identità regionale e l'oggetto della competizione con il governo nazionale.

Ne sono esempi classici la contrapposizione fra un "modello lombardo" e un "modello emiliano" di organizzazione e la lunga polemica fra il governo regionale lombardo e il governo nazionale sulla legge regionale lombarda 31/97 (la cosiddetta legge Formigoni) caratterizzata dallo scorporo sistematico della funzione ospedaliera di produzione al fine di garantire libertà di scelta tra tutti i produttori pubblici e privati di assistenza sanitaria posti in condizioni di parità⁵⁹. Se autorevoli commentatori hanno valutato che nessuno dei sistemi sanitari emersi nel corso della seconda metà degli anni Novanta si sia posto al di fuori delle altalenanti e non troppo precise norme nazionali⁶⁰, la legge 31/97 della Regione Lombardia – come anche la sua riforma introdotta con la legge 11 agosto 2015 n. 23 della presidenza Maroni – costituisce una significativa eccezione. Benché entrambe, va ricordato, siano state sottratte alla doverosa impugnazione da parte del governo per la loro qualificazione di sperimentazioni gestionali.

7. Gli inizi del nuovo secolo

La legge costituzionale 24 ottobre 2001 n. 3 di riforma del Titolo V della Costituzione viene di solito considerata uno spartiacque nell'evoluzione delle politiche sanitarie, avendo essa realizzato una ripartizione delle competenze fra livelli paritetici di governo (art. 114) più favorevole alle Regioni, enumerando un numero limitato di materie su cui lo Stato vanta competenza esclusiva (art. 117, comma 2) o concorrente, limitata cioè alla definizione dei principi fondamentali (art. 117, comma 3). Riguardo alla sanità, la legge costituzionale ha riservato allo Stato competenze esclusive sulla definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e nella determinazione dei principi fondamentali del SSN, mentre alle Regioni è stata riconosciuta una competenza

⁵⁹ F. MAINO, *La politica sanitaria*, Bologna, 2001.

⁶⁰ R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali fra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005.

concorrente sull'organizzazione e sul funzionamento delle attività in materia di "tutela della salute". Un ambito quest'ultimo trasversale a numerosi settori, apparentemente ben più ampio delle competenze originarie in materia di "assistenza sanitaria ed ospedaliera". Il passaggio delle competenze regionali da una materia definita "oggetto" come l'assistenza sanitaria e ospedaliera a una materia qualificata di "scopo" come la tutela della salute ha reso più incerti e mutevoli i confini di molte delle nuove competenze regionali⁶¹. Il carattere trasversale della materia "tutela della salute" tende infatti a intrecciarsi con numerose altre competenze enumerate all'art. 117 sia in via esclusiva, come ad esempio la tutela dell'ambiente e la profilassi internazionale, sia concorrente, come ad esempio la sicurezza alimentare, la tutela e sicurezza del lavoro e la ricerca scientifica. In linea teorica, la nuova demarcazione delle competenze ha quindi combinato i tradizionali problemi di natura "verticale" con nuovi problemi di natura "orizzontale", derivanti dagli incerti confini delle materie oggetto. L'incerta attribuzione delle competenze e delle relative responsabilità di finanziamento ha comunque prodotto un'originale forma di "*marble cake federalism*" in cui competenze, poteri, programmi e risorse di diversi ambiti di governo si intrecciano sullo stesso oggetto. Una forma questa che la letteratura di solito oppone a un federalismo a strati ("*layer cake federalism*") volto invece a perseguire la rigida separazione delle competenze dei diversi attori istituzionali su specifici ambiti definiti⁶². Il nuovo dettato legislativo ha incontrato l'altrettanto nuova politica dei Piani di rientro, una sorta di politica di bilancio che, come quella degli anni Ottanta, ha finito per comprimere l'autonomia regionale.

Le stringenti condizioni poste dal governo centrale ai trasferimenti finanziari a ripiano dei disavanzi sanitari delle Regioni e la rigidità delle procedure imposte per la loro verifica ha progressivamente conferito una natura condizionale agli accordi stipulati fra governo centrale e governi regionali fin dal 2000. La condizionalità è stata dapprima applicata a tutte le Regioni, ma si è poi concentrata su singole Regioni dichiarate "in difficoltà", principalmente dal punto di vista finanziario,

⁶¹ Id., *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni Regionali*, 2002, pp. 65-85.

⁶² È tuttavia il caso di sottolineare che già il DPR 616 del 1977 aveva dato un'interpretazione particolarmente estensiva del dettato costituzionale, riconducendo alla «assistenza sanitaria ed ospedaliera» tutte le attività che «concernono la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione».

e si è espressa con dettagliati Piani triennali di rientro dai disavanzi, che prevedevano il commissariamento della Regione (nella versione “soft” del suo stesso Presidente, seppur assistito da un Sub-commissario di nomina governativa), il supporto tecnico (definito “affiancamento”) di una Regione indicata dalla Conferenza Stato-Regioni e il monitoraggio trimestrale del Ministero della Economia e della Finanza (MEF).

I Piani di rientro hanno costituito quindi un ulteriore e significativo cambiamento di strategia nelle relazioni fra Stato e Regioni. Il Piano indicava le azioni che la Regione dichiarata “in difficoltà” si impegnava ad attuare in tempi predefiniti, inclusi provvedimenti strutturali (come la rideterminazione delle Aziende sanitarie ed il riordino del sistema ospedaliero), amministrativi (ad esempio la riduzione delle tariffe delle prestazioni) e finanziari (come ad esempio l’aumento delle addizionali regionali IRPEF e IRAP e/o l’istituzione della compartecipazione al costo su prestazioni sanitarie non gravate da *ticket* nazionali). I Piani di rientro, che dal 2000 hanno interessato ben dieci Regioni, sono risultati efficaci nel controllo dei disavanzi, ottenendo risultati positivi certificati dalla Corte dei conti. Tuttavia, i dati disponibili mostrano come la riduzione dei disavanzi e, in alcuni casi, il rallentamento del tasso di crescita della spesa sanitaria, sono stati realizzati principalmente da azioni amministrative, come il blocco delle assunzioni di personale; da imposizioni fiscali, come l’inasprimento delle addizionali regionali, l’aumento della compartecipazione al costo delle prestazioni e/o l’abbattimento delle loro tariffe; da aumenti della funzionalità complessiva del sistema sanitario regionale⁶³.

Il ruolo dei Comuni è inoltre sempre più impallidito di fronte, dapprima, al consolidamento delle Regioni nell’arena delle politiche nazionali e, più recentemente, dinnanzi al dilagante fenomeno del gigantismo delle aziende sanitarie. L’età dell’oro dei Comuni è durata circa un decennio, fra la seconda metà degli anni Settanta e la prima metà degli Ottanta, quando essi hanno partecipato alla elaborazione e alla sperimentazione dei modelli del futuro SSN. A partire dagli anni Novanta il loro ruolo si è drasticamente ridotto, sotto la pressione del neo-centralismo regionale e dell’autonomia di aziende sanitarie di dimensioni sempre più grandi e distanti.

⁶³ F. PAVOLINI (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia fra Nord e Sud*, Roma, 2012.

Tale riduzione è avvenuta nonostante il passaggio organizzativo del SSN verso lo sviluppo dei servizi territoriali e di prossimità imposto dalla transizione epidemiologica abbia continuato a mantener viva la necessità di un governo locale dei servizi sanitari e sociali integrati. Tuttavia, né interventi nazionali (come la creazione della categoria dei servizi “ad elevata integrazione sociale e sanitaria” della riforma Bindi del 1999 e la successiva legge n. 328/2000 per un “Sistema integrato di interventi e servizi sociali”), né iniziative regionali per rafforzare il ruolo dei distretti sanitari sono risultate efficaci.

8. Considerazioni conclusive

L’istituzione delle Regioni è stata salutata dalla letteratura internazionale come «uno dei rari tentativi realizzati in tempi recenti degli Stati-Nazione dell’Occidente di creare nuove istituzioni rappresentative⁶⁴, e come «l’innovazione più significativa della politica italiana dei primi trent’anni della Repubblica»⁶⁵.

La sanità è stata fin dall’inizio uno dei nodi centrali delle relazioni fra Stato, Regioni ed Autonomie locali, un ambito spesso oggetto di innovazioni poi trasferite ad altri settori delle politiche pubbliche. A loro volta le Regioni hanno fatto delle politiche sanitarie il principale tratto identitario della loro attività istituzionale, spesso in competizione fra loro e con il governo centrale. Se l’approvazione della legge n. 883 del 1978, istitutiva del SSN, ha segnato l’affermazione delle Regioni come soggetti autonomi dell’arena politica nazionale, sostituendosi alle burocrazie mutualistiche e raccogliendo le sollecitazioni dei movimenti sociali degli anni Settanta; la sua attuazione si è rivelata molto inferiore alle attese e ha contribuito ad approfondire le storiche differenze fra Nord e Sud del paese.

In modo analogo, ambiguità, indeterminatezze e repentini cambiamenti nel dettato normativo della “riforma della riforma” del 1992, culminati con la modifica del Titolo V della Costituzione del 2001, hanno successivamente favorito l’emergere di ulteriori differenze negli assetti organizzativi e nei modelli di funzionamento di servizi sanitari

⁶⁴ S. TARROW, *Local constraints on regional reform. A comparison of Italy and France*, in *Comparative Politics*, n. 7/1974, pp. 1-36.

⁶⁵ R.D. PUTNAM, R. LEONARDI, R.Y. NANETTI, *Explaining institutional success. The case of Italian regional government*, in *The American Political Science Review*, n. 77/1983, pp. 55-74.

sempre più “regionali”, anche in rapporto alle preferenze ideologiche e alle capacità amministrative dei vari governi regionali, spesso caratterizzati da un forte grado di instabilità.

La crisi economica del 2008 e lo scoppio dell'emergenza sanitaria della pandemia da coronavirus hanno introdotto nuove tensioni nelle relazioni istituzionali fra i diversi soggetti della Repubblica, in cui non troppo velati propositi di ri-centralizzazione, della stessa gestione dei SSN, si scontrano con la domanda di maggiore autonomia avanzata da alcune Regioni, peraltro non limitata all'esercizio di ulteriori competenze, ma estesa persino all'utilizzo del loro “residuo fiscale”.

Le frequenti e ampie oscillazioni del pendolo del regionalismo sanitario, nei suoi rapporti con i Comuni e con il governo centrale, evidenziano come l'assetto delle relazioni fra Stato, Regioni e Autonomie locali sia stato fortemente volatile, riflettendo al contempo una disparità di vedute. Queste ultime si differenziano rispetto alle capacità che un governo regionalizzato possiede sia di affrontare i problemi organizzativi e finanziari di un settore con una forte dinamica endogena (esposto peraltro agli effetti delle frequenti crisi economiche e finanziarie del paese); sia di dare piena attuazione ai principi fondamentali attorno a cui è organizzato il funzionamento del SSN. Principi quali l'universalismo equitativo, la globalità di copertura e il finanziamento attraverso la fiscalità generale.

Anche in Italia, la grande recessione del 2008 ha prodotto un'improvvisa eclissi dei propositi di federalismo nel momento in cui si sarebbe dovuto dare attuazione alla sua fondamentale componente fiscale, facendo oscillare il pendolo verso una nuova centralizzazione delle competenze, soprattutto in ambito sanitario. Se in un primo tempo a emergere sono state proposte neo-centraliste, presenti nel progetto di revisione costituzionale sottoposto a referendum nel 2016, nel segno di una governabilità “dall'alto” e di un rafforzamento dell'esecutivo a scapito di quello parlamentare e delle Regioni; poco prima della pandemia a imporsi al centro del dibattito pubblico sono state invece ipotesi di un “regionalismo differenziato”. In quest'ultimo caso con l'attribuzione alle singole Regioni che ne facciano specifica richiesta di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» ai sensi del terzo comma dell'art. 116 della Costituzione⁶⁶. Al momento, alle prime tre Regioni

⁶⁶ G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, 2019.

(Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna) per le quali sono state dichiarate concluse le trattative con il governo centrale si sono aggiunte altre dieci Regioni a statuto ordinario, ciascuna con una propria lista di funzioni su cui spiccano, ancora una volta, i temi sanitari. Tuttavia, proprio la crisi sanitaria e quella economica e sociale provocata dalla pandemia da coronavirus ha di nuovo fatto oscillare il pendolo verso la centralizzazione, mettendo in allarme le pretese secessioniste delle tre Regioni capofila dell'autonomia, ma anche evidenziando i pericoli insiti in tali ultime proposte rispetto agli obiettivi di uniformità/globalità di accesso alle cure e qualità nei servizi erogati a livello nazionale.

Se e in quale direzione il pendolo delle numerose forme del regionalismo sanitario continuerà a oscillare è al momento impossibile da prevedere. La diversa capacità di risposta delle Regioni alla emergenza sanitaria e la gravità della conseguente crisi economica indurrebbero ad attendersi una centralizzazione delle politiche pubbliche, incluse quelle sanitarie, da sempre considerate l'obiettivo cardine di quanti propensi ai tagli della spesa pubblica. Al contempo, le profonde e storiche differenze tra le Regioni italiane mostrano le difficoltà di realizzare un regionalismo sanitario che concili la domanda di politiche pubbliche volte al soddisfacimento dei bisogni e delle istanze locali con i principi fondamentali del SSN. Principi, lo si ribadisce, di copertura universale ed equitativa, di uniformità di accesso e di solidarietà nel finanziamento di territori a diversa potenzialità di sviluppo economico e capacità fiscale.

Queste considerazioni inducono a evitare semplicistiche contrapposizioni binarie fra sistemi di governo accentrati e decentrati per una funzione complessa come la tutela della salute, alla luce del principio della "doppia cittadinanza sociale" propria degli Stati federali⁶⁷, e del concetto di salute come Bene Pubblico Globale, le cui funzioni richiedono livelli differenziati di governo⁶⁸.

In questo incerto quadro, in cui la pandemia in atto rappresenta tanto un'amplificazione delle differenze, quanto un'accelerazione dei conflittuali processi in atto, tornano allora utili le indicazioni fornite ai tempi del lungo processo di riforma sanitaria del 1978, le cui origini

⁶⁷ K. BANTING, *Social citizenship and federalism. Is a federal state a contradiction in terms?* In S.L. GREER (ed.), *Territory, democracy and justice. Regionalism and Federalism in western democracies*, New York, 2006, pp. 44-66.

⁶⁸ T. SANDLER, *Global and regional*, cit.

si situano già negli anni della Resistenza. Allora, come oggi, si tratta della necessità di combinare intervento coordinato sanitario, pianificazione/programmazione nazionale, corresponsione unificata e integrata dei servizi socio-sanitari, decentramento territoriale dei servizi e delle funzioni, gestione partecipata e democratica, visione unitaria e universalistica della salute.

* * *

ABSTRACT

ITA

Il testo si articola lungo tre assi tematici. Nella cornice di una breve considerazione circa gli effetti della pandemia da Covid-19 sulle relazioni fra Stati e sulle istituzioni sanitarie internazionali, la prima parte esamina le peculiarità della sua diffusione in alcuni grandi paesi, la tempestività e la strategia delle risposte adottate e il loro impatto sulla popolazione, con particolare attenzione alla gravità dell'epidemia in rapporto alla struttura dei sistemi sanitari e alla loro organizzazione. La seconda parte si concentra sulla situazione italiana, soffermandosi sui nodi tra politiche/strategie regionali e politiche nazionali, verificando la fondatezza delle critiche relative all'eccessiva frammentazione regionale del governo del Servizio sanitario nazionale (SSN). A tal fine il testo esamina le radici storiche delle differenze nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi sanitari delle principali Regioni italiane, descrivendo un breve profilo storico dell'evoluzione dei "regionalismi sanitari" nei principali momenti critici delle politiche sanitarie del paese. L'intento principale è dimostrare, contro semplicistiche contrapposizioni binarie fra sistemi di governo accentrati e decentrati, come la tutela della salute sia una funzione complessa, che richiede un governo multilivello, nel rispetto di quei principi, informanti il SSN, di copertura universale ed equitativa, di uniformità di accesso, di solidarietà nel finanziamento di territori a diversa potenzialità di sviluppo economico e capacità fiscale.

EN

The national responses to the COVID-19 pandemic have exposed the main structural challenges of the different models of health care system. Some critics suggest that a major shortcoming of the Italian SSN is its decentralized nature, limiting the capacity of the central government to mandate a coordinated response to the pandemic. The culprit behind the alleged "failure" of the SSN is usually identified in the constitutional reform of 2001, granting excessive

autonomy to the region. This paper first compares policy responses to the pandemic in some OECD countries and then examines Italy's current health legislation and the evolution of healthcare regionalism. It concludes that, according to both constitutional and ordinary legislation, the decision space in case of epidemics is clearly retained by the central government; problems of coordination are mainly the result of institutional rivalries and political competition, and are not matter of legislative reform. Furthermore, the problem of controlling the pandemic points out the mismatch between global health problems and national institutions, including, but not limited to, health care systems. In order to address this mismatch, a global public good framework should be adopted, allocating responsibilities at the local/regional, national and supranational level in a multilevel system of health governance.



Costituzionalismo.it

Email: info@costituzionalismo.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma

ISSN: 2036-6744 | Costituzionalismo.it (Roma)