

Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza

Alessandra Pioggia

In Italia le differenziazioni regionali nella tutela della salute sono spiegate con la diversa efficienza dei sistemi sanitari regionali nel fornire i servizi. Certamente questo è un fattore chiave, ma non è l'unico. Ci sono differenze più profonde che riguardano l'idea di servizio, il concetto di bisogno di salute, il modo di prendersi cura dei pazienti e altri simili aspetti. Le differenze in questi ambiti dipendono dalle scelte organizzative e incidono sul modo di concepire il servizio sanitario, l'individuo bisognoso di salute e persino la società e il suo benessere. Il pericolo è che, accanto a diversi sistemi sanitari regionali, si definiscano diversi diritti alla salute, con un effetto ben più grave sull'eguaglianza di un diritto fondamentale come quello alla salute. Per evitare tutto questo occorre tornare a discutere in sede politica e collettiva della funzione del servizio pubblico sanitario.

1. Premessa

Nel corso degli ultimi mesi, le richieste avanzate da Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna in ordine al riconoscimento di maggiore autonomia anche in ambito sanitario, ai sensi dell'articolo 116 della Costituzione, hanno rivitalizzato il dibattito intorno al rapporto fra rivendicazioni di un più consistente spazio decisionale da parte delle Regioni ed eguaglianza nel godimento dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale¹. Il tema è annoso².

(1) Fra i molti si vedano R. BIN, "Regionalismo differenziato" e utilizzazione dell'art. 116, comma 3. Alcune tesi per aprire il dibattito, in *questa Rivista*, 2008, p. 9; R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, p. 3; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord (26 settembre 2018)*, in *Federalismi.it*, 18, 2018; S. MANGIAMELI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna*, in *www.issirfa.cnr.it*; M. MEZZANOTTE, *L'art. 116, comma 3, Cost. tra obblighi finanziari e vincoli di contenuto*, in *Federalismi.it*, 23, 2019.

(2) G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1247; G. BERTI, *Immagini e suggestioni del principio di uguaglianza*, in *Scritti in memoria di*

Certamente le vicende ultime che hanno visto il nostro Paese piegato dalla gravissima epidemia di Covid-19 sospendono ogni discussione politica sul punto, ma non la privano di rilievo. La questione dell'eguaglianza oggi più che mai passa attraverso la struttura organizzativa dei sistemi sanitari regionali, le scelte fatte, i tagli operati o subiti: il numero di posti letto e di operatori nelle strutture ospedaliere, in tempi di crisi sanitaria, può fare la differenza fra sopravvivere e morire non solo di Covid-19, ma di qualsiasi altra patologia che richieda di essere trattata in sede ospedaliera.

Al fine di trarre il massimo insegnamento da quanto accadrà, sospendiamo allora la valutazione, ancora prematura e quindi non seria, sugli effetti della gravissima epidemia che ci ha visto così drammaticamente coinvolti. Quello che però possiamo fare ora è discutere del rapporto fra autonomia ed eguaglianza consapevoli del fatto che si tratta di una questione complessa e che può e deve essere letta da diversi punti di vista.

Qualsiasi semplificazione è, oggi più che mai, pericolosa. Occorre quindi distinguere i piani. Le richieste di maggiore autonomia da parte di alcune Regioni che riguardano il funzionamento delle loro aziende sanitarie: il reclutamento del personale, l'attività professionale dei medici, la spesa farmaceutica, ecc.³, difficilmente inciderebbero sul modo in cui le altre Regioni assicurano i servizi sanitari nel loro territorio⁴, ma non so-

Livio Paladin, Napoli, 2004, vol. I, p. 167; A. POGGI, *Differenziazioni territoriali e cittadinanza sociale*, ivi, vol. IV, p. 1713.

(3) E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in www.osservatoriosullefonti.it, 2, 2018, p. 14.

(4) Ad es. N. CARIABELLOTTA, *Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn*, in *Il Sole 24h - Sanità*, 28 settembre 2018. Ma si veda anche V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario/Verso una sanità a macchia di leopardo?*, ivi, 13 febbraio 2019, che, con attente e spesso convincenti considerazioni, osserva come «Il pericolo che si corre è che dietro alla pretesa di una maggiore autonomia per meglio "efficientare" i servizi sanitari regionali si creino ulteriori disuguaglianze... il percorso avviato dalla tre Regioni sembra alimentare un inedito antagonismo con le rimanenti Regioni ordinarie, che potrebbe a sua volta trasformare il federalismo italiano da cooperativo in concorrenziale, in un settore delicato e centrale qual è quello dei diritti sociali e del *welfare state*», considerando infine come non si possa non includere nel quadro «la tentazione dello Stato centrale di accettare le richieste regionali per nascondere le proprie assenze ed inefficienze». Naturalmente i maggiori timori vengono dalle Regioni del Sud che temono una riduzione delle risorse a loro assegnate nella situazione attuale. Si tratta senza dubbio di una preoccupazione comprensibile, soprattutto in relazione ad alcune ipotesi iniziali come quella contenuta nel disegno di legge d'iniziativa della Giunta regionale veneta approvato con d.G.r./d.d.l. n. 35 del 23 ottobre 2017.

no prive di rilevanza “politica” sull’idea di servizio sanitario che alcune delle Regioni richiedenti mostrano di voler perseguire. Quando la maggiore libertà di manovra sulla spesa si lega a richieste come quelle relative ai fondi sanitari integrativi e al ruolo del sistema assicurativo privato, la questione non è solo di disegualianza fra Regioni, ma di tenuta di un modello nazionale di servizio sanitario⁵. Ma questo è solo un esempio della complessità della questione. Esempio che, tuttavia, ci invita a disarticolare il discorso e a provare ad affrontare in modo in parte diverso la questione del rapporto fra autonomie e diritti fondamentali⁶. L’idea che sta alla base di quanto si dirà più avanti è che tale rapporto debba essere esaminato tenendo conto essenzialmente dell’interconnessione fra diritti fondamentali e organizzazione. Del resto, se è vero che l’autonomia riguarda primariamente l’organizzazione, non v’è dubbio che il rapporto fra essa e i diritti sia la principale chiave per comprendere il modo in cui scelte autonome possono incidere su questi ultimi⁷.

La questione della relazione fra organizzazione e diritti, presa in considerazione da tempo dalla dottrina⁸ e dalla giurisprudenza⁹ quale tema

(5) R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2019.

(6) La dinamica eguaglianza e autonomia diventa, nel caso dei diritti fondamentali, un elemento critico, potenzialmente foriero di tensioni fra «la cittadinanza sociale», che «assicura trattamenti uguali a tutti i cittadini» e «la promessa del federalismo ... nella differenza delle politiche pubbliche, che riflette le diversità di preferenze e culture locali». Così K. BANTING, *Social citizenship and federalism. Is a federal welfare state a contradiction in terms?*, in S.L. GREER (ed.), *Territory, democracy and justice: regionalism and federalism in Western democracies*, New York, 2006, p. 44. In materia si vedano anche le interessanti considerazioni di M. D’ANGELOSANTE, C. TUBERTINI, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, in A. PIOGGIA, A. BARTOLINI (a cura di), *Cittadinanze amministrative*, in D. SORACE, L. FERRARA (dir.), *A 150 anni dall’unificazione italiana*, vol. VIII, Firenze, 2017, p. 101.

(7) Sul punto resta essenziale lo studio di E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Torino, 2004.

(8) G. ROSSI, *Introduzione al diritto amministrativo*, Torino, 2000, p. 61; Id., *Principi di diritto amministrativo*, Torino, 2010, p. 111 ss., che segnala la stretta interdipendenza fra interessi e organizzazione, mettendo in evidenza come, proprio attraverso l’acquisto di rilevanza giuridica di quest’ultima, si vada definendo un diritto pubblico la cui specificità non risiede più solo nell’essere regola del potere in quanto espressione di autorità, ma essenzialmente nell’essere disciplina di una potestà che è innanzi tutto doverosa cura di interessi.

(9) La Corte costituzionale, nella sentenza n. 383 del 1998, ha osservato che «organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l’una e gli altri implicandosi e condizionan-

essenziale nello studio della effettività nella loro soddisfazione, si pone in particolar modo per i diritti a prestazione, pur non essendo priva di rilievo anche con riferimento ai diritti di libertà. Non v'è dubbio che anche per questi ultimi il modo in cui l'amministrazione funziona incida sul livello di protezione che ad essi può essere assicurato, ma si tratta, per così dire, di una incidenza quantitativa, che non mette in discussione né l'esigibilità del diritto, sempre rivendicabile in tutta la sua portata in sede giurisdizionale, né la sua configurazione piena.

Per i diritti a prestazione, come noto, la questione si configura diversamente. Tutta una serie di scelte organizzative conformano "legittimamente", non solo le modalità di godimento di un diritto, ma ancor prima la sua esigibilità e quindi la sua stessa consistenza¹⁰. Tutto il dibattito sui diritti finanziariamente e organizzativamente condizionati¹¹ ruota intorno al tema del nucleo incompressibile del diritto, per identificare il limite dell'incidenza delle capacità economiche e organizzative dell'amministrazione responsabile della sua soddisfazione sull'esigibilità delle pretese che da esso derivano¹². Un approccio, questo, che conferma la relazione fra disponibilità finanziarie, scelte in ordine al modo di impiegarle per garantire il diritto, consistenza delle prestazioni ad esso col-

dosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione».

(10) G. Rossi, *Principi di diritto amministrativo*, cit., p. 111 ss.

(11) La nozione di diritto costituzionale condizionato viene formulata per la prima volta dalla sentenza n. 455 del 1990 della Corte costituzionale. In questa sentenza, come sottolineato da F. MODUGNO, *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino, 2010, p. 602, «per la prima volta ricorre la nozione di diritti costituzionali condizionati e si afferma la compatibilità del concetto di diritto inviolabile con quello di diritto sociale a prestazioni positive dei pubblici poteri».

(12) Corte cost., sent. n. 304 del 1994. In Corte cost., sent. n. 309 del 1999, i giudici hanno avuto modo di chiarire che i vincoli finanziari possono orientare le scelte discrezionali del legislatore, ma non in termini tali da assumere «un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana». Sul tema si veda C. PINELLI, *Diritti costituzionali condizionati, argomento delle risorse disponibili, principio di equilibrio finanziario*, in A. RUGGERI (a cura di), *La motivazione delle decisioni della Corte Costituzionale*, Torino, 1994, p. 548; G.U. RESCIGNO, *Costituzione e diritto amministrativo*, in *La necessaria discontinuità*, Bologna, 1990, p. 128. Con specifico riferimento al diritto alla salute anche A. MANGIA, "Attuazione" legislativa ed "applicazione" giudiziaria del diritto alla salute, in *Dir. pubbl.*, 1998, p. 751 ss.

legate¹³ e, infine, effettività del diritto e portata della tutela giurisdizionale che è possibile ottenere¹⁴. Una relazione, quindi, fra organizzazione e diritti, certamente più profonda, che si riflette sul rapporto fra autonomia nelle scelte organizzative e uguaglianza che occorre assicurare nel godimento dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale¹⁵. L'ipotesi che si svilupperà nelle pagine seguenti è che il tema declinabile nel trinomio diritti fondamentali di prestazione – quindi, essenzialmente, diritti sociali –, autonomia organizzativa, eguaglianza, sia stato sino ad ora affrontato in maniera parziale, concentrandosi, cioè, unicamente sul fattore “efficienza” dell'organizzazione e, quindi, capacità di soddisfare un diritto eguale da parte di amministrazioni diverse dotate di autonomia. L'aspetto trascurato da questo approccio è l'incidenza dell'organizzazione non solo sull'effettività nel godimento del diritto, ma anche sulla sua definizione. L'ipotesi, cioè, è che, se non adeguatamente governata, l'autonomia organizzativa possa determinare una diversa “forma” del diritto e quindi una disuguaglianza, per così dire, strutturale e non solo contingente.

Prima di iniziare il ragionamento, è bene tuttavia chiarire subito un elemento al quale si darà spazio più avanti, anche per non determinare fraintendimenti: l'autonomia in sé non è “il problema”, anzi, come si dirà, essa è funzionale alla garanzia piena del diritto; tuttavia, affinché le dinamiche di differenziazione che essa legittimamente attiva, soprattutto in ambito organizzativo, non determinino inaccettabili disuguaglianze, occorre comprendere fino in fondo l'effetto dell'organizzazione sul diritto, proprio per poterne governare adeguatamente le conseguenze.

(13) M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, 2012; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 25. Di recente anche L. BURRATA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018.

(14) Sulla relazione fra azionabilità del diritto ed effettiva predisposizione delle condizioni per renderlo esigibile, ancora F. MODUGNO, *Lineamenti di diritto pubblico*, cit., p. 596 ss.

(15) Sul rapporto fra diritto alla salute e organizzazione, si veda, da ultimo, la convincente ricostruzione di C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Volume I, *Studi introduttivi*, Bologna, 2018, p. 546.

2. *Eguaglianza e autonomia nei servizi sanitari*

Il diritto alla salute è, come noto, uno dei diritti sociali fondamentali contemplati nella nostra Costituzione. La sua definizione come diritto della persona, la cui garanzia è affidata alla Repubblica, risponde all'impegno, assunto già a partire dall'articolo 3 del testo costituzionale, ad assicurare l'eguaglianza sostanziale degli individui.

Nel dibattito che in sede costituente portò all'adozione dell'articolo 32 troviamo già tutti i temi che caratterizzano ancora oggi il discorso giuridico sul diritto alla salute: eguaglianza, organizzazione, autonomia¹⁶. Se la questione dell'organizzazione emergerà poi solo parzialmente nel dettato costituzionale, sotto forma di impegno ad assicurare cure gratuite agli indigenti, il dialogo fra eguaglianza e autonomia definisce invece da subito il modello. Nel testo originario dell'articolo 117 fra le competenze concorrenti delle Regioni a Statuto ordinario figura «l'assistenza sanitaria e ospedaliera». Si costituisce così quella saldatura fra servizi per la salute e autonomia regionale che si rivelerà determinante per l'effettiva attuazione del progetto di eguaglianza sostanziale iscritto nell'articolo 32. Sarà infatti proprio l'istituzione delle Regioni, insieme alla crisi finanziaria degli enti mutualistici e ospedalieri, a costituire un fattore chiave per vincere le ultime resistenze che si frapponevano all'istituzione del Servizio sanitario nazionale ad opera della legge 833 del 1978¹⁷. Da quel momento la questione sanitaria e quella regionale appariranno sempre strettamente legate.

(16) In realtà, come ci ricorda F. TARONI, *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, L. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni*, vol. I, Roma, 2015, p. 411, già «il progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano elaborato nel 1944 da Augusto Giovanardi (1904-2005) per il Comitato di liberazione nazionale Alta Italia prefigurava un sistema sanitario universalistico incentrato su un ruolo attivo di Regioni e Comuni alternativo al potere prefettizio, emanazione del Ministero degli Interni nella sanità pubblica, e a quello delle mutue in ambito clinico-assistenziale, combinando istanze di democrazia e di efficienza gestionale per trasformare un sistema sanitario centralistico, frammentato e diseguale fra categorie professionali e ambiti territoriali».

(17) F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 2018, p. 539; ID., *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 413, ricorda come: «ad appena tre mesi dalle prime elezioni regionali, un documento unitario dei neoassessori alla Sanità aveva sollecitato il Governo a dare attuazione all'accordo sottoscritto con le organizzazioni sindacali per una pronta approvazione del disegno di legge per l'istituzione del Ssn, di cui l'anno successivo le Regioni elaborarono un proprio schema».

Nel testo della legge del 1978, l'uniformità nell'accesso ai servizi e la copertura piena delle esigenze di salute, da garantirsi a livello nazionale, si doveva realizzare attraverso una organizzazione regionale e una gestione locale. Uguaglianza e autonomia si contemperavano nel disegno di attuazione democratica di un diritto fondamentale, definendo un modello di servizio sanitario articolato come il «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti dei servizi»¹⁸.

A decretare poco più di un decennio dopo l'esigenza di una seconda riforma fu però proprio il mancato funzionamento del meccanismo a tre livelli: lo Stato mancò nella funzione programmatica di livello nazionale, i Comuni costruirono un'organizzazione non sostenibile e le Regioni non riuscirono a governare il sistema come enti intermedi, schiacciate, da un lato, dai vincoli determinati dal finanziamento statale e, dall'altro, dalle ambizioni della politica locale.

La seconda riforma, quella degli anni '90¹⁹, non nega, ma conferma e rafforza il dialogo fra autonomia ed eguaglianza, individuando il livello regionale come unico interlocutore dello Stato sul piano dell'autonomia territoriale e introducendo l'autonomia aziendale, interpretata da enti strumentali della stessa Regione, come ulteriore fattore di differenziazione organizzativa anche infraregionale²⁰. Due anni dopo la compiuta definizione della riforma, nel 2001, la modifica del Titolo V della Costituzione convalida la regionalizzazione, riconoscendo alle Regioni la competenza concorrente in materia di tutela della salute e confermando, in via generale, la competenza statale esclusiva nella fissazione dei

(18) Così nell'articolo 1, comma 3 della legge 833 del 1978.

(19) Si fa qui riferimento al d.lgs. 502 del 1992 e al successivo d.lgs. 229 del 1999.

(20) Significativamente nella relazione di accompagnamento al testo della legge delega che porterà all'adozione del d.lgs. 502 del 1992, la legge 421 del 1992, si fa riferimento all'intento di garantire nella nuova organizzazione del servizio sanitario «il più ampio decentramento alle Regioni», anche per consentire «la diversità delle soluzioni, frutto di scelte autonome e democratiche», che responsabilizzino le Regioni «non tanto verso l'amministrazione centrale come è stato finora ma verso i cittadini».

livelli essenziali delle prestazioni che soddisfano i diritti sociali e, quindi, anche quello alla salute²¹.

A partire dal 2001, quindi, il nodo problematico del rapporto fra autonomia ed eguaglianza nei servizi a tutela del diritto alla salute è risolto anche nella Costituzione secondo un modello fondato sull'idea della piena uniformità nel godimento del diritto e della parziale differenziazione delle modalità di organizzazione dei servizi che ne garantiscono la soddisfazione²². Negli anni successivi il legislatore tornerà a disciplinare diversi aspetti del funzionamento della sanità regionale, anche introducendo alcuni fattori di uniformità²³, ma il modello non viene contraddetto. Il meccanismo continua ad articolare il dialogo fra regolazione statale e regionale su un duplice piano, quello del rapporto fra principi fondamentali fissati dalla legge statale e restante disciplina di competenza delle Regioni, e quello fra livelli essenziali delle prestazioni necessarie ad assicurare il diritto in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale e autonomia regionale e aziendale nell'organizzazione delle modalità di erogazione di tali prestazioni²⁴.

(21) Su cui si fa rinvio, anche per la completezza dell'analisi giurisprudenziale e della ricostruzione dottrinale, a C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008.

(22) La Corte costituzionale nella sentenza n. 125 del 2015 sottolinea come, con la previsione della competenza legislativa dello Stato in materia di livelli essenziali, la Costituzione abbia assegnato «al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto». In materia di vedano anche le sentt. nn. 111 del 2014; 115 del 2012; 207 del 2010; 200 del 2009. Per interessanti riflessioni sul tema, E. MENICETTI, *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, p. 232 ss.; più in generale sull'evoluzione del modello R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 39 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, p. 15 ss.

(23) Si fa qui riferimento al d.lgs. 158 del 2012, che stabilisce alcune regole uniformi in materia di organizzazione dei servizi e nomine, e al d.lgs. 171 del 2016 che interviene nuovamente su nomine e disciplina degli incarichi.

(24) C. TUBERTINI, *Stato, Regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, 2006, p. 209; E.A. FERRIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed eguaglianza*, in *Le Regioni*, 2006, p. 564; A. BRANCASI, *Uguaglianza e disuguaglianza nell'assetto finanziario di una Repubblica federale*, in *Dir. pubbl.*, 2002, p. 909 ss. Per

Una combinazione di eguaglianza e autonomia che si basa su un investimento forte sulla capacità statale, nel rispetto della leale collaborazione, di definire efficacemente principi fondamentali del sistema e livelli essenziali delle prestazioni come presidi dell'uniformità del diritto, per poi "liberare" l'organizzazione e dare spazio alla differenziazione, frutto dell'autonomia regionale, e alla ricerca di modi di funzionamento più dinamici ed efficienti, attraverso l'autonomia aziendale.

3. *Una sanità diseguale*

L'esito della scommessa in ordine all'equilibrio fra differenziazione nell'organizzazione ed eguaglianza nel diritto non è stato felice. Nella letteratura e nell'informazione ricorre in proposito la significativa immagine di un Paese con 21 sistemi sanitari diversi. Nonostante comuni principi fondamentali di organizzazione e, soprattutto, nonostante una apparentemente capillare definizione di livelli uniformi di prestazioni richieste, la *performance* sanitaria dei servizi regionali resta consistentemente diversa²⁵.

Gli studi quantitativi e qualitativi diffusi in questi ultimi anni mostrano, da diversi punti di vista, un quadro caratterizzato da forti disparità²⁶. Questo emerge attraverso indici sintetici, come il cosiddetto Ips, l'Indi-

un approccio che valorizza la necessità che nella definizione dei livelli essenziali la legislazione nazionale introduca anche elementi in grado di garantire l'uniformità di una serie di requisiti anche organizzativi v. M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione, in Politica del Diritto*, 2002, p. 352.

(25) F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Gior. dir. amm.*, 3, 2019, p. 283; A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, *ivi*, p. 292 ss.; C. COLLICELLI, *Salute e sanità nel Mezzogiorno: tendenze e criticità*, in *Le Regioni*, 2018, p. 703; G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, 2014; V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella Sanità*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino, 2006, p. 3 ss.; G. BERTI, G. C. DE MARTIN (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici* (Atti del Convegno - Roma, 9 giugno 2003), Milano, 2003.

(26) In termini generali sulle disuguaglianze regionali si vedano A. SPADARO, *Riflessioni sparse sul regionalismo italiano: il caso delle Regioni meridionali*, in *Le Regioni*, 2017, p. 904 e lo studio di D. CERSOSIMO, S. CHIMENTI, R. NISTICÒ, *Recessione economica e cittadinanza. Il grande disinvestimento pubblico nel Mezzogiorno degli anni Duemila*, *ibidem*, p. 917.

ce di *performance* sanitaria²⁷, che nel 2019 vede il Trentino-Alto Adige al primo posto come efficienza e capacità di soddisfare i bisogni dell'utenza, con un punteggio di 107,5 e all'ultimo posto la Calabria, con un punteggio di 89,1, e appare confermato dalla percezione degli utenti: nella prima Regione sono il 53,2% di coloro che hanno avuto un ricovero nei tre mesi precedenti all'intervista a dichiararsi soddisfatti delle prestazioni ricevute, mentre in Calabria la percentuale dei soddisfatti scende sotto il 20%.

Ma cosa vuol dire tutto questo in termini di diseguaglianza? Le conseguenze sono consistenti: in alcune zone d'Italia si vive di meno, anche perché ci si ammala di più, ma non sempre ci si cura perché curarsi bene costa di più e, anche quando ci si cura, le cure sono meno efficaci in termini di tempi di erogazione, qualità della prestazione ed esiti di salute.

Un panorama molto diverso da quello dell'eguaglianza nel godimento di un diritto fondamentale.

Un indice significativo nella sua "brutalità" è quello che riguarda la speranza di vita alla nascita. L'Italia, nel 2017, è il secondo Paese europeo (dietro solo alla Spagna) in termini di speranza di vita, maggiore di quella media europea di 2,2 anni. Ma se guardiamo cosa succede all'interno del nostro Paese constatiamo che la differenza fra alcune zone del Sud e del Nord sfiora i 4 anni a favore di queste ultime²⁸. Se poi consideriamo la speranza di vita in buona salute, la differenza appare drammatica: nella Provincia di Bolzano si vive in buona salute mediamente fino a 70 anni, mentre in Calabria solo fino a 52 anni²⁹.

Naturalmente questo dipende anche, se non soprattutto, dalla sanità regionale. Un dato sicuramente significativo in questo senso riguarda, ad esempio, il rapporto fra incidenza delle patologie neoplastiche e morta-

(27) Si tratta dell'indice utilizzato dall'Istituto Demoskopika e costruito sulla base di otto indicatori: soddisfazione per i servizi sanitari, mobilità attiva, mobilità passiva, risultato d'esercizio, disagio economico delle famiglie, spese legali per liti da contenzioso e da sentenze sfavorevoli, demografia sanitaria e speranza di vita. L'ultimo report è quello del 2019.

(28) ISTAT, Rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2018), consultabile in <https://www.istat.it/it/archivio/224669>.

(29) ISTAT, Rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile in Italia, 2018), cit.

lità. Il numero più elevato di nuovi casi di tumore in rapporto alla popolazione si verifica nel Nord Italia, ma il maggiore tasso di mortalità per questa patologia è quello della Campania, dove si registrano 76,8 morti per cancro ogni centomila abitanti. Il tasso di mortalità cala mentre ci si sposta verso il Nord, fino alla realtà tra le migliori d'Europa, quella della Provincia di Trento, in cui la mortalità per cancro riguarda 53,8 casi ogni centomila abitanti³⁰.

Dati come questi sono senz'altro significativi del fallimento di un disegno di eguaglianza che vorrebbe emancipare le persone dagli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono la piena realizzazione di ciascuno. Le differenze nei sistemi regionali disegnano tragiche diseguaglianze che sembrano enfatizzare il ruolo, anziché neutralizzarlo, proprio dei fattori economici e sociali. Questi, ben lungi dall'essere eliminati quali ostacoli al pieno sviluppo della persona, finiscono per essere assolutamente determinanti, addirittura in termini di anni di vita. Un dato certamente sociale, come quello relativo al livello di istruzione, ad esempio, di fronte all'inadeguatezza della prevenzione in certe Regioni e in costanza della scarsa efficacia di alcune politiche sanitarie, fa una grande differenza. Basti pensare che la forbice della disuguaglianza in ordine alla speranza di vita si allarga a quasi 6 anni se confrontiamo quella di una persona con un titolo di studio basso in alcune zone del Sud come Calabria, Sicilia e Campania, con quella di una persona con titolo di studio più elevato in zone del Centro o del Nord³¹.

Accanto a quello sociale, anche il fattore economico incide sulla salute e quindi sull'aspettativa di vita. Di fronte a tempi di attesa incompatibili con il bisogno di cura, ad esempio, la differenza la fa la possibilità o meno di ricorrere a prestazioni a proprio integrale carico. In Sicilia il tempo di attesa per una colonscopia è di quasi 160 giorni, mentre in Emilia-Romagna occorre attenderne poco più di 30. Ma se si ricorre alle prestazioni private *intramoenia*, ad integrale carico dell'utente, la

(30) In proposito si vedano i dati e gli indicatori dell'*European Regional Competitiveness Index*, consultabili in https://ec.europa.eu/regional_policy/en/information/maps/regional_competitiveness/.

(31) V.A. PETRELLI, L. FROVA, *Atlante italiano delle diseguaglianze di mortalità per livello di istruzione*, in *Epidemiologia e prevenzione*, suppl. 1, 2019.

differenza quasi si annulla: i tempi scendono rispettivamente a 13 e 8 giorni³². Tutto questo naturalmente finisce per legare strettamente salute e capacità economiche, creando un mercato anche laddove la risposta dovrebbe essere innanzi tutto pubblica, il tutto a vantaggio dell'economia sanitaria privata³³. In Sicilia le strutture private ogni 100.000 abitanti sono 24, contro le sole 2 del Piemonte³⁴.

Le difficoltà in cui si trovano i sistemi sanitari del Sud Italia si riflettono quindi anche su un ricorso sempre crescente alla sanità privata, ricorso che significativamente, in tempi di crisi, scende invece nel Nord-Est³⁵. Un processo, questo, che sta portando ad un avvicinamento della quota nominale di spesa familiare per la salute nel territorio nazionale. Il dato, dietro l'apparenza di una uniformità nella spesa, è, in realtà, segno di una ulteriore forma di iniquità, dovuta al diverso reddito medio familiare fra Nord e Sud. La spesa privata incide proporzionalmente in modo crescente sui redditi più bassi, impoverendo le famiglie e determinando, in misura allarmante, il fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici: il 41% delle famiglie nelle Isole e il 36% nel Meridione dichiarano di aver rinunciato a qualche tipo di cura per motivi economici³⁶.

Di fronte alla sanità diseguale delle Regioni gli ostacoli di ordine economico e sociale tornano, così, ad essere di impedimento ad una vita egualmente in grado di accogliere il pieno sviluppo delle perso-

(32) CREA, *15° Rapporto Sanità, Il ritorno della Politica nazionale in Sanità (?) 2019*, in https://www.creasanita.it/15volume_dwn/Libro_exe_01.pdf, p. 323.

(33) M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012, *passim*.

(34) Elaborazione su dati Ministero della Salute, annuario statistico 2017, effettuati da CREA Sanità e consultabile in CREA, *15° Rapporto Sanità*, cit., p. 327.

(35) CREA, *15° Rapporto Sanità*, cit., dal quale emerge anche come nel 2017 l'incidenza nazionale del fenomeno dell'impoverimento per spese sanitarie è pari all'1,7%, e interessa 438.510 nuclei familiari, ovvero 110.545 in più rispetto all'anno precedente (1,4% dei residenti). Il fenomeno colpisce soprattutto le famiglie residenti nel Mezzogiorno: il 3,2% (2,4% nel 2016), contro l'1,1% di quelle del Centro (1,5% nel 2016), l'1,0% delle famiglie del Nord-Est e lo 0,6% di quelle del Nord-Ovest.

(36) Da un'indagine del network DELOITTE, *Prima edizione. Outlook Salute Italia 2021. Prospettive e sostenibilità del Sistema Sanitario*, citata da B. GOBBI, *Outlook Deloitte/ Buona la sanità made in Italy, ma oltre un quarto dei pazienti rinuncia alle cure per motivi economici*, in *Il Sole 24ore - Sanità*, 20 gennaio 2020.

ne, tradendo radicalmente il progetto costituzionale di società migliore che avrebbe dovuto realizzarsi anche attraverso il riconoscimento di un eguale diritto alla salute.

Ma cosa c'è dietro tutto questo?

Le diagnosi si appuntano tutte sulla diversa capacità delle amministrazioni regionali di realizzare un sistema sanitario efficiente³⁷. L'organizzazione viene presa in considerazione sotto il profilo della capacità di servizio e dei costi che genera, sottolineando come un'amministrazione inefficiente e troppo costosa finisca inevitabilmente per essere in grado di erogare un numero più ridotto di prestazioni³⁸. L'attenzione è quindi tutta su volumi di attività e sugli standard di funzionamento³⁹.

Non c'è dubbio che questo costituisca un primo e sicuramente importante fattore di disuguaglianza. Ma, come anticipato, un approccio tutto centrato sulla capacità dell'organizzazione di erogare prestazioni rischia di trascurare altri aspetti in grado di compromettere l'eguaglianza in modi diversi e più profondi, perché legati ad una differente configurazione del diritto, prima ancora che ad una sua diversa soddisfazione. A ben guardare, le analisi, che pure condivisibilmente appuntano l'attenzione sulle disuguaglianze che dipendono dalla differente capacità delle organizzazioni sanitarie regionali di soddisfare i diritti, partono da una premessa indiscussa: quella di trovarsi di fronte a diritti eguali, soddisfatti in maniera diseguale. Il tema sono le prestazioni, i loro tempi, i loro costi, gli esiti di salute che ne derivano e in questo modo l'organizzazione è illuminata nella fase di erogazione e le scelte messe in di-

(37) V. FARGION, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna, 1997; E. PAVOLINI, *Il funzionamento e la performance dei sistemi sanitari regionali italiani*, in ID. (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra Nord e Sud*, Roma, 2012, p. 3 ss.

(38) V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 2019.

(39) Nel Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti 2018 vengono sviluppate alcune considerazioni di carattere generale sul tema dell'assicurazione dei diritti sociali. Con riguardo all'assistenza, la Corte osserva che: «La crisi ha prodotto una forte crescita della "domanda" di prestazioni assistenziali. ... Un ambito problematico, soprattutto per quel che attiene agli interventi che non si esauriscono in meri trasferimenti monetari, è quello dell'effettiva capacità di somministrazione di servizi e dunque quello delle differenziate capacità organizzative dei territori e del differente grado qualitativo dei servizi locali».

scussione perché all'origine di sprechi, lentezze, inadeguatezza nel prestare il servizio.

Se, tuttavia, si cambia prospettiva e, pur non trascurando l'aspetto dell'erogazione e della quantità e qualità delle prestazioni, ci si interroga su quali siano le logiche alla base di alcune scelte organizzative, si intravedono i tratti di una diversa idea di persona, di società, di salute, e di un diverso modo di intendere il diritto fondamentale ad essa collegato. La questione quindi si complica: non è più tanto e solo questione di 21 servizi sanitari diversi, ma forse di 21 diritti alla salute differenti.

4. Le disegualianze nell'idea di persona "malata"

Un primo aspetto che merita di essere preso in considerazione, nella nuova prospettiva della diversa configurazione del diritto alla salute, riguarda il modo in cui un sistema regionale individua, prima ancora che le prestazioni a cui il malato ha diritto, la persona portatrice delle pretese garantite a veder soddisfatto questo diritto. Si tratta di un aspetto significativo per il diritto alla salute; questo può essere infatti disarticolato su un duplice piano: il diritto delle persone "sane" a non veder compromessa la propria salute, che è un diritto di tutti senza distinzione, e il diritto delle persone "malate" a ricevere cure, che, invece, è un diritto dei soli malati⁴⁰. Per poter accedere alle prestazioni di cura, quindi, occorre esserne bisognosi, e questo stato di bisogno non deve semplicemente essere autopercepito o autodichiarato, ma deve essere accertato dall'organizzazione che accoglierà la richiesta e soddisferà la pretesa.

Ora non v'è dubbio che il modo in cui questo avviene, l'organizzazione dell'attività di identificazione, la scelta in ordine alle professionalità coinvolte e la definizione dei requisiti che occorre possedere per acquisire l'identità di persona malata, "passaporto" necessario ad entrare nel sistema delle cure, siano significativi dell'idea che un sistema ha del bisogno, quindi del benessere perduto, dell'idea di pienezza di sé che sta dietro a tutto ciò e, di conseguenza, di persona e di società. Questa idea

(40) Corte cost., sent. n. 445 del 1990 distingue in maniera efficace le due posizioni soggettive in cui si articola il diritto alla salute «a seconda che venga in considerazione il profilo della tutela dell'integrità fisio-psichica a fronte di condotte lesive di terzi, oppure il profilo del diritto a trattamenti sanitari».

incide sui diritti e li conforma in modi molto più profondi di quelli che è possibile cogliere semplicemente misurando la diversa capacità di un apparato o di un sistema di erogare una prestazione ad un determinato costo e in un determinato tempo.

Si pensi, ad esempio, al modo in cui le diverse Regioni identificano le persone a rischio di sviluppo di determinate patologie nell'impostazione delle politiche di prevenzione o di *screening*; o ancora alla individuazione dei pazienti terminali a cui assicurare cure palliative in struttura o a domicilio e al modo in cui il processo organizzato di relazione con l'individuo e con la famiglia incide diversamente sull'individuazione della persona da assistere e sul contenuto dell'assistenza. Tali difformità si amplificano se si entra nel campo dei bisogni a carattere insieme sociale e sanitario. Solo per fare un esempio, il modo in cui un sistema socio-sanitario riconosce una persona come "non autosufficiente" incide su chi sarà ammesso o meno a fruire di certe prestazioni sanitarie. In Italia non esiste una definizione comune di non autosufficienza, le Regioni utilizzano approcci parzialmente diversi e diverse sono anche le modalità di valutazione del grado di non autosufficienza e le soglie utilizzate per definire i criteri di accesso alle prestazioni⁴¹. Per cui può verificarsi l'ipotesi per cui la stessa persona si trovi ad essere riconosciuta come portatrice di un diverso grado di non autosufficienza a seconda della Regione in cui si trova⁴².

(41) T. VECCHIATO, M. BEZZE, E. INNOCENTI, *Compartecipazione alla spesa sociale dei cittadini e delle istituzioni per le persone non autosufficienti*, in *Studi Zancan*, 2009, p. 135.

(42) La questione è ben presente nella sua problematicità al livello nazionale. Con il d.m. 26 settembre 2016 si è, infatti, avviata la prima sperimentazione di un percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale. Come riconosce però anche il Piano Nazionale per la Disabilità 2019-2021, la sperimentazione è limitata alla sola disabilità gravissima. Peraltro nello stesso Piano si legge come «Nell'ottica della definizione di livelli essenziali delle prestazioni e limitandoci per il momento ai gravissimi, resta comunque ancora molto lavoro da fare: innanzitutto, è necessario consolidare gli strumenti per l'identificazione dei beneficiari, con particolare attenzione ai territori in cui il processo appare in ritardo; ma, soprattutto, oggetto di questo Piano deve essere avviare il graduale percorso verso l'uniformità delle prestazioni, indipendentemente dal territorio di residenza». Con riferimento alle altre tipologie di non autosufficienti, come nel caso di quelli gravi, la situazione appare ancora drammaticamente differenziata. A quest'ultimo proposito nel Piano si legge come «anche qualitativamente, le persone assistite ... come non autosufficienti gravi non sono in alcun modo riconducibili ad un modello nazionale di riferimento». In generale, l'accesso è sempre preceduto da una valutazione multidimensionale a cura di una specifica *équipe* con competenze socio-sanitarie, ma non esistono pratiche comuni negli strumenti e nei criteri di scelta adottati.

Accanto alla difformità nell'individuazione di alcuni requisiti che portano al riconoscimento della persona quale bisognosa di cure, ci sono le differenze organizzative che determinano forti disparità nel percorso di accesso alla stessa procedura di riconoscimento dei propri bisogni, soprattutto da parte dei pazienti socialmente ed economicamente più fragili. L'identità di malato, a volte, si presenta come identità da conquistare nel rapporto con una amministrazione, le cui complessità e rigidità burocratiche possono rappresentare ostacoli difficili da superare. Non si tratta di un fattore di poco conto, basti pensare a come, in un caso su tre, le persone anziane non sappiano come attivare i servizi di cura dei quali necessitano a causa della carenza di informazioni o di difficoltà burocratiche⁴³. In questa prospettiva diventa determinante per l'accesso al sistema la presenza di una amministrazione organizzata in modo da intercettare i bisogni delle persone più fragili, attraverso un approccio cosiddetto di "medicina di intervento", che, cioè, non si limita a ricevere la richiesta, ma la anticipa attraverso misure che identificano la persona bisognosa a partire da indicatori dello stato di necessità di una presa in carico. Un'interessante esperienza è quella realizzata in Lombardia, in cui, a partire dai primi mesi del 2018, è stato avviato un nuovo sistema di assistenza alle persone affette da malattie croniche⁴⁴, pensato per intervenire con tempestività, evitare il peggioramento delle patologie, semplificare l'accesso alle cure e migliorare l'adesione ai percorsi terapeutici. L'elemento più significativo ai nostri fini riguarda le modalità attraverso le quali le persone vengono invitate ad aderire al modello di presa in carico. A contattare i potenziali interessati è direttamente l'amministrazione, attraverso l'invio di lettere dedicate, in modo da intercettare anche gli individui particolarmente fragili, che, anche in considerazione delle loro condizioni sociali o economiche, incontrano maggiori difficoltà nell'accesso alle cure e che quindi rinunciano ai trattamenti ai quali avrebbero diritto o richiedono prestazioni unicamente quando le condizioni di salute si aggravano consistentemente.

(43) Così nel XX Rapporto PIT Salute Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato.

(44) D.G.R. n. X/6551 del 4 maggio 2017, avente ad oggetto «Riordino della rete di offerta e modalità della presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009».

È evidente come le modalità organizzative di individuazione dello stato di bisogno incidono sul modo di riconoscimento e garanzia del diritto alla salute in una fase preliminare a quella dell'erogazione delle prestazioni. La cosiddetta "medicina di attesa", che si basa sul riconoscimento della titolarità del diritto a ricevere prestazioni di cura a seguito della richiesta della persona interessata, interpreta l'idea del paziente-cliente che si rivolge alla struttura per ricevere il servizio. Diversamente, l'idea di persona che sembra essere alla base di approcci di "medicina di intervento" è quella dell'individuo che il sistema accompagna e sostiene nel proprio sviluppo anche intercettandone i bisogni in maniera attiva e tenendo conto degli ostacoli nell'accesso al servizio che potrebbero discendere dalle sue condizioni economiche e sociali. Le diverse conseguenze, anche in termini di disuguaglianza, che derivano da modelli organizzativi che adottano questi distinti approcci non sono rilevabili da analisi che tengano conto unicamente dei costi, tempi, ed esiti delle prestazioni erogate. Più utile, in questi casi, sarebbe considerare allora i dati relativi alla presa in carico dei pazienti, unitamente a quelli che consentono di rilevare la capacità dei sistemi regionali di organizzare i percorsi di cura in modo da sostenere la persona anche durante la relazione con i servizi sanitari. Le difficoltà nell'accesso alle prestazioni possono riguardare, infatti, anche la fase successiva alla presa in carico. Spesso l'organizzazione sanitaria è immaginata intorno alle esigenze dell'amministrazione e dei professionisti più che dei pazienti e questi sono costretti a passaggi burocratici onerosi, a spostamenti inutili, ad attese evitabili e così via. Non si tratta di aspetti secondari, le complessità organizzative sono un fattore di mancata adesione al percorso di cura, di rinuncia alla prestazione, di abbandono da parte del paziente. Gli esempi potrebbero essere numerosi, si pensi anche solo alle diverse modalità con cui è organizzata l'assistenza domiciliare: la previsione o meno della consegna al domicilio della persona malata di certi presidi, prodotti farmaceutici o nutrizionali fa una grande differenza. Si ha diritto ad essi, ma se occorre andarseli a prendere, solo chi ha un sostegno familiare o una rete sociale di aiuto ne godrà effettivamente. Dati che misurino questi aspetti non ce ne sono, a testimonianza del fatto che gli elementi presi in considerazione per pesare le disuguaglianze riguardano unicamente le prestazioni che vengono effettivamente erogate.

te e i loro costi, non quelle alle quali non si accede o si rinuncia proprio perché socialmente ed economicamente più deboli. Una diseguaglianza sommersa, ancor più odiosa proprio perché dei più fragili fra i fragili.

5. Le diseguaglianze nella definizione del rapporto di cura

Ma le diseguaglianze nell'idea di persona, salute e diritto che trapelano dall'organizzazione sanitaria non si fermano alle modalità di accesso alle prestazioni. Un altro aspetto che rivela un diverso approccio delle organizzazioni regionali riguarda la costruzione del rapporto di cura e il ruolo della persona. Questo può essere declinato da diversi punti di vista.

In primo luogo va considerata l'attenzione alla partecipazione del paziente nella costruzione del percorso terapeutico, attraverso l'informazione sul trattamento e l'acquisizione del consenso. Come è noto, il legislatore nazionale ha compiuto un importante passo avanti nella disciplina delle modalità di garanzia dell'autodeterminazione della persona nel rapporto di cura, anche responsabilizzando l'organizzazione in ordine alla necessità di inserire il tempo della relazione nel percorso terapeutico⁴⁵. Non v'è dubbio tuttavia che le diverse modalità attraverso le quali le organizzazioni sanitarie e i sistemi regionali affrontano il tema possa essere foriero di grandi differenze nei modi di garantire la partecipazione della persona. La presenza o meno di investimenti sulla formazione del personale, la scelta o meno in ordine alla revisione dei percorsi ai fini dell'inserimento di momenti di informazione e relazione, il sostegno o meno ai medici nel rapporto con il malato, anche attraverso l'individuazione di *équipes* di cui siano parte anche professionalità ulteriori, come lo psicologo o l'assistente sociale, ecc., sono solo esempi di misure organizzative la cui presenza o assenza può fare la differen-

(45) Con la legge 219 del 2017, il legislatore ha rimesso alle amministrazioni il compito di individuare soluzioni di migliore tutela dell'autodeterminazione proprio a partire dal modo di organizzare il lavoro all'interno delle strutture di cura. In questa prospettiva affermazioni come quella contenuta nell'articolo 1, comma 8 della legge, ai sensi del quale «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura», sono significative dell'introduzione di altri diritti, come quello all'informazione, al consenso, ma anche alla relazione in senso più ampio, fra le funzioni della struttura (oggetto quindi dell'organizzazione del lavoro che si svolge in essa), insieme a quelle di cura propriamente medica.

za in ordine al modo, non solo di garantire il diritto, ma ancor prima di concepirlo nella sua relazione con la salute⁴⁶ e, quindi, di concepire la persona in rapporto alla sua identità e al suo sviluppo. Rispetto a questi profili non abbiamo dati distinti per Regione, ma indicazioni che rivelano una tendenziale disattenzione al coinvolgimento della persona nel percorso di trattamento della propria salute⁴⁷. Raccogliere dati e indicazioni su questi aspetti appare allora fondamentale per evidenziare, laddove ci siano, diseguaglianze profonde che, evidentemente, non emergono dai dati sulle *performance* di servizio.

Un altro elemento significativo della diversa idea di diritto alla salute che i sistemi sanitari possono esprimere attraverso la loro organizzazione riguarda il rapporto fra malattia, cura e vita delle persone coinvolte. L'evoluzione della medicina e la crescita dell'aspettativa di sopravvivenza hanno trasformato profondamente la relazione con il servizio sanitario, che spesso non si esaurisce nel trattamento della fase acuta di una malattia, ma prevede la gestione di uno stato cronico o di lento recupero, che comporta una relazione con l'amministrazione sanitaria che si allunga progressivamente investendo parte della vita delle persone. Le diverse modalità in cui è organizzata questa relazione incidono sul modo in cui la persona è messa in condizione di trascorrere il tempo di cura, indicano la misura in cui l'amministrazione assicura «il pieno sviluppo della persona umana» e sono significative di diverse idee di individuo, malattia e diritto alla salute che essa esprime attraverso la sua organizzazione.

In questa prospettiva appaiono, ad esempio, interessanti i dati relativi ai luoghi e ai modi del trattamento sanitario. Il più ampio ricorso al ricovero in struttura, che sia un ospedale o una struttura residenziale, a scapito della presa in carico attraverso una assistenza domiciliare, può essere significativo di una minore considerazione nell'organizzazione dei

(46) La Corte costituzionale nella sentenza n. 438 del 2008 ha definito autodeterminazione e salute come le due facce della stessa medaglia.

(47) XVI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità di CITTADINANZATTIVA, consultabile in https://www.cittadinanzattiva.it/files/primo_piano/salute/XVI-Rapporto-sulle-politiche-della-cronicita-abstract.pdf, dal quale risulta che per oltre la metà delle associazioni consultate «scarso è ... il coinvolgimento del paziente nel piano di cura, tanto sottolineato nel Piano nazionale Cronicità quanto poco praticato».

servizi per le esigenze di vita della persona malata⁴⁸. Particolare attenzione va rivolta quindi a dati come quelli sul tasso di ospedalizzazione evitabile nel trattamento delle patologie croniche, tripli in Lombardia, rispetto a quelli del Veneto⁴⁹, o ancora sul numero di persone ricoverate in struttura dopo le dimissioni dall'ospedale: una su 1.000 in Campania e 21 su 1.000 in Friuli Venezia Giulia⁵⁰. Naturalmente tutti i valori vanno contestualizzati e letti in combinazione con le forme di presa in carico alternative a quelle residenziali, come, per l'appunto, l'assistenza domiciliare. Anche rispetto a questa i dati rivelano diversità importanti: si va dai 219 assistiti ogni 100.000 abitanti della Provincia di Bolzano, ai 3.597 ogni 100.000 del Friuli Venezia Giulia⁵¹. In quest'ultima Regione l'elevato numero di assistiti domiciliari compensa il valore altrettanto elevato degli assistiti in struttura residenziale, fugando il dubbio che quest'ultima scelta vada a discapito dell'attenzione, comunque da privilegiare, per il trattamento nel proprio ambiente di vita. Quando, invece, i valori sono molto bassi, sia con riferimento all'assistenza in struttura, sia in relazione a quella domiciliare⁵², il pericolo che potrebbe intravedersi è quello della mancata presa in carico del paziente dimesso dall'ospeda-

(48) Solo un esempio: secondo i dati raccolti dal Rapporto nazionale sulle politiche di cronicità prima citato, il 75% degli anziani con malattie croniche lamenta il proprio isolamento sociale. Si veda anche *NETWORK NON AUTOSUFFICIENZA* (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6° rapporto, 2017-2018*, Rimini, 2017.

(49) Dati ISTAT, *Sanità e salute*, 2018, in <https://www.istat.it/it/files/2018>.

(50) Fonte MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, 2017, in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf. Il dato comprende sia gli utenti delle strutture residenziali (escluse le semiresidenziali), sia quelli che ricevono assistenza riabilitativa residenziale dagli Istituti o Centri di riabilitazione ex art. 26 l. n. 833/1978.

(51) MINISTERO DELLA SALUTE, *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, 2017, cit.; limitando l'analisi agli *over 75* la forbice tra le Regioni si allarga, passando da un valore massimo di 13,2 persone ogni 100 *over 75* del Molise ad un minimo pari a 0,3 della Valle d'Aosta.

(52) Anche il Piano Nazionale della Cronicità, approvato con accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 15 settembre 2016, consultabile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf, ricorda che la possibilità di rimanere nel proprio ambiente appare più rispettosa del paziente in un'ottica di umanizzazione delle cure. Ugualmente il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata in vari contesti con le finalità di umanizzazione delle cure; fornire supporto alla famiglia; promuovere il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione; migliorare la qualità di vita anche nella fase terminale.

le, fattore in sé non solo di inefficacia delle cure, anche in termini di rischio di successivi ricoveri inappropriati, ma di grave diseguaglianza. Restituendo il paziente alla sua vita senza un adeguato supporto, lo si restituisce al suo stato sociale e alle variabilità-diseguaglianze legate a reddito, situazione familiare, cultura, rete di relazioni e così via. In questo senso diviene importante considerare la quota di pazienti che viene presa in carico dai servizi dell'assistenza intermedia e primaria. Anche qui i dati sono molto diversi: a fronte di una media in Italia del 4,8% di pazienti vivi dimessi non a domicilio, ad un estremo troviamo le Province autonome di Bolzano e di Trento che utilizzano tale opzione in oltre il 10% dei casi (rispettivamente il 12,2% e l'11,3%); all'altro troviamo la Campania con valori di dieci volte più bassi⁵³.

6. Le diseguaglianze nell'idea della cura

Un ulteriore aspetto che merita attenzione in termini di incidenza dell'organizzazione non solo sulla *performance* prestazionale, ma anche sull'idea di persona, salute e diritto che esprime un servizio sanitario, è quello relativo alle modalità di assistenza prestate alle persone con patologie psichiatriche. Si tratta, infatti, di un ambito di presa in carico e cura che incide profondamente sulla qualità della vita delle persone coinvolte e nel quale le scelte organizzative inerenti i servizi sono significative dell'approccio del sistema sanitario al benessere dell'individuo e dell'attenzione al suo sviluppo. Del resto, come è più che noto, la "rivoluzione" della fine degli anni '70 dello scorso secolo, che ha posto il nostro Paese all'avanguardia in materia di trattamento delle patologie psichiatriche, ha preso l'avvio proprio dalla contestazione delle modalità organizzative di cura, che impiegavano gli ospedali psichiatrici come luoghi di esclusione dalla società dei pazienti. In esito a quella riforma, le scelte di organizzazione hanno spostato il fulcro della cura sull'assistenza territoriale, anche con l'idea della restituzione della persona al suo ambiente di vita. In questa prospettiva le forme coercitive di imposizione di cure attraverso un ricovero temporaneo e straordina-

(53) Elaborazione su dati Programma Nazionale Esiti, in CREA, *15° Rapporto Sanità, Il ritorno della Politica nazionale in Sanità (?)*, cit.

rio in una struttura ospedaliera sono rimaste quale soluzione da riservarsi a casi eccezionali non diversamente trattabili.

Nel quadro attuale, appare allora particolarmente interessante indagare innanzi tutto sul modo in cui le diverse realtà sanitarie regionali impiegano questa modalità, che potremmo definire di “imposizione” dell’identità che determina l’accesso ai servizi erogati in ambito di salute mentale. La sua natura particolare, infatti, la rende specialmente significativa dell’idea di persona, autodeterminazione e salute che esprime il servizio sanitario regionale. In tal senso le difformità possono leggersi, quindi, anche come segnali potenziali di quella diseguaglianza profonda che connota come diversi i diritti, prima ancora che i servizi. Ecco che allora non possono non destare preoccupazione le consistenti difformità relative al tasso di ricovero per trattamento sanitario obbligatorio su 100.000 abitanti: nel 2015 tale valore andava dal 2,6 della Provincia di Bolzano, fino al 56,81 della Regione Marche⁵⁴. Anche gli ultimi dati raccolti nel 2017 mostrano valori differenti, se pure in misura leggermente inferiore: il numero di trattamenti obbligatori ogni 10.000 abitanti più basso resta quello della Provincia di Bolzano (0,5), mentre il più alto si registra in Sicilia (2,9). La più elevata incidenza di questo tipo di trattamenti sul totale dei ricoveri in reparti psichiatrici pubblici appartiene invece all’Umbria, seguita dalla Campania⁵⁵.

Come sempre, si tratta di dati che non possono essere letti in maniera isolata, ma che, proprio per essere significativi dell’approccio organizzativo alla malattia, alla persona e, quindi, al diritto alla salute, richiedono di essere considerati in un quadro di insieme. Correttamente, ad esempio, è stato segnalato come il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori può nascondere una carenza nell’effettività della presa in carico dei pazienti, che, lasciati a se stessi, al confronto con le proprie condizioni sociali e personali, possono veder aggravare il loro stato di salute psichica fino a situazioni che richiedono interventi indifferibili, e a volte anche coattivi, a protezione della loro incolumità e salute. Anche i dati relativi al numero di persone prese in carico dai servizi sono al-

(54) Rapporto sulla Salute Mentale, Ministero della salute, 2015.

(55) Rapporto sulla Salute Mentale, Ministero della salute, 2017.

lora importanti. Le difformità non mancano neanche in quest'ambito, in cui troviamo situazioni come quella della Sardegna, in cui gli assistiti dai Dipartimenti di Salute Mentale sono circa 8 per 1.000 residenti e, all'estremo opposto, quella della Puglia, con un valore triplo, di circa 23 assistiti per 1.000 residenti⁵⁶. Un dato altrettanto interessante e significativo è quello relativo alle giornate medie di degenza in struttura residenziale da parte dei pazienti psichiatrici. In questo caso le differenze sono enormi, basti pensare che il valore in Basilicata è di quasi cento volte superiore a quello del Friuli Venezia Giulia e di poco più di cinquecento volte superiore a quello della Calabria⁵⁷. Anche qui si tratta di dati che non possono essere letti senza contestualizzarli, ma che, in ogni caso, rivelano delle diseguaglianze nell'approccio alla malattia, alla persona e ai suoi diritti che non possono essere lette unicamente in termini di entità, qualità e costo delle prestazioni⁵⁸.

7. La differenziazione necessaria

Gli esempi potrebbero continuare, ma, ai nostri fini, quel che interessa è porre la questione di come il tema delle diseguaglianze in salute sia molto più complesso di quello che emerge dalle ricostruzioni che, concentrandosi unicamente sulle prestazioni, enfatizzano la diversa efficienza dei servizi. Come si è messo in evidenza nelle pagine precedenti, se pure quelle note sono diseguaglianze importanti, esiste un problema di differenze più profonde, legate alla diversa visione del diritto alla salute, della sua connessione con la persona e il suo sviluppo e, finanche, della società della quale questa è parte. Si tratta di diseguaglianze che non emergono solo e tanto in termini di efficienza dei servizi e capacità prestazionale, tant'è che in alcuni casi attraversano Regioni ugualmen-

(56) Elaborazione su dati Rapporto sulla Salute Mentale, Ministero della salute, 2017.

(57) Elaborazione su dati Rapporto sulla Salute Mentale, Ministero della salute, 2017, dai quali emerge come le giornate di degenza, in strutture residenziali psichiatriche per 10.000 abitanti sono: 11,1 in Calabria, 66 in Friuli Venezia Giulia e ben 6.415,3 in Basilicata.

(58) Nelle Linee di indirizzo per la salute mentale adottate dal Ministero della salute il 20 marzo 2008, si evidenzia la preoccupazione per alcuni segnali di ritorno alle pratiche della istituzionalizzazione che deriverebbero dagli inserimenti su vasta scala in strutture residenziali a tempo indeterminato.

te “virtuose” o contrappongono Regioni ugualmente in crisi. Al tempo stesso si tratta di diseguaglianze che non possono essere trascurate, dal momento che riguardano i contorni di un diritto fondamentale che, innanzi tutto nella sua consistenza, dovrebbe essere eguale su tutto il territorio nazionale. Se così non è, le misure poste in essere per rendere uniformi le prestazioni, i loro costi, i loro tempi, se pure necessarie, rischiano però di lasciare intatte differenze più profonde che intaccano la trama dell’eguaglianza in modo radicale e difficilmente reversibile.

La prospettiva qui delineata impone quindi di guardare al rapporto fra autonomia, organizzazione ed eguaglianza in un’ottica diversa.

La sfida è grande e, in questa sede, non possiamo che raccogliercela nella prospettiva di successivi necessari approfondimenti. Senza pretesa di completezza, tuttavia, è già possibile qui delineare alcuni elementi del ragionamento che possono guidare l’ulteriore sviluppo del discorso nella direzione prospettata.

In primo luogo, come anticipato, occorre fugare il dubbio che la soluzione passi attraverso la negazione dell’autonomia organizzativa in ambiti funzionali alla soddisfazione di diritti fondamentali come quello alla salute.

Esiste, infatti, una differenziazione “necessaria”, nel senso di necessariamente strumentale proprio alla piena soddisfazione del diritto e, quindi, irrinunciabile⁵⁹. È sufficiente pensare alla nota definizione di salute come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, per comprendere come i servizi a tutela di questo bene primario debbano tenere conto delle specificità dell’ambiente in cui si situano.

Solo qualche esempio: negli studi epidemiologici, si è registrata la crescita piuttosto rapida della prevalenza di malattie croniche, correlate non solo all’invecchiamento ma anche al livello d’istruzione e di vul-

(59) Sulla necessità di interventi differenziati per fronteggiare le diversità di fatto che dividono le nostre Regioni, in generale, A. RUGGERI, *Prospettive del regionalismo in Italia (nota minima su una questione controversa)*, in *Le Regioni*, 1-2, 2017, p. 26; sul rapporto fra differenziazione ed eguaglianza sostanziale R. BIN, *Il valore delle autonomie: territorio, potere e democrazia. Considerazioni conclusive*, in B. PEZZINI, S. TROLO (a cura di), *Il valore delle autonomie: territorio, potere e democrazia*, Napoli, 2015, p. 461.

nerabilità sociale⁶⁰. I cosiddetti determinanti di salute mettono in piena evidenza come il benessere dipenda strettamente dall'ambiente di vita, dai fattori culturali, economici e sociali che lo caratterizzano, aspetti dei quali, conseguentemente, anche i servizi a tutela di questo benessere debbono tenere pienamente conto, atteggiandosi in modo diverso a seconda delle diverse condizioni che si trovano a fronteggiare.

A ciò si aggiunge l'impatto dell'invecchiamento e della non autosufficienza sui servizi per la salute. Le esigenze degli utenti riguardano sempre di più prestazioni che richiedono la prossimità al proprio luogo di vita anche perché sono continuative e definiscono la qualità complessiva di quest'ultima. I servizi, di conseguenza, debbono essere concepiti e organizzati in modo da tenere in considerazione le specificità dell'ambiente sociale da ogni punto di vista.

Anche le vocazioni dei territori sono significative. Si pensi, ad esempio, alla dimensione del privato sociale e alla sua incidenza su certe prestazioni come quelle di assistenza residenziale e semiresidenziale, la cui dimensione e consistenza, anche in termini di politiche sanitarie, dipende strettamente dalla disponibilità di tale tipologia di servizio. Le differenze in quest'ambito non sono sempre colmabili con l'intervento pubblico, dal momento che riguardano la libertà dell'assistenza privata, e debbono essere quindi prese in considerazione come fattori che incidono sulle scelte organizzative dei sistemi pubblici, differenziandole⁶¹. Anche qui si tratta di differenze necessarie, proprio a garanzia di un diritto eguale, che non potrebbe essere garantito in modo uniforme se non si tenesse pienamente conto della diversa situazione in cui si ambienta. C'è poi una differenziazione "micro", che oggi appare più che mai necessaria per assicurare la piena tutela del diritto individuale alla salute. La stretta interconnessione fra salute, autodeterminazione, vita e pieno sviluppo della persona impone sempre di più un approccio individualizzato ai trattamenti rivolti al singolo. Ciò suggerisce alle organizzazio-

(60) A. PETRELLI, L. FROVA (a cura di), *Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione*, in *Epidemiol. Prev.*, 2019, p. 43. Si vedano, in particolare, i dati consultabili in http://www.epiprev.it/materiali/suppl/2019/EP1_S1_Atlante/EP4311S1_41_SperanzaDiVita.pdf.

(61) A. ALBANESE, *Il principio di sussidiarietà orizzontale: autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. pubbl.*, 2002, p. 51 ss.

ni di mantenere un certo tasso di flessibilità per potersi adattare alle diverse esigenze di coloro che con esse interloquiscono per veder soddisfatto il proprio diritto alla salute.

In questa prospettiva anche l'autonomia organizzativa delle aziende acquista un ruolo specifico nella piena garanzia di un diritto complesso che interagisce profondamente con la personalità e i diritti ad essa collegati e che quindi richiede modalità di intervento differenziate e flessibili. Si pensi alle cure connesse allo stato di disabilità e alla loro combinazione con le altre esigenze dell'individuo, legate a diritti come quello all'istruzione, alla vita familiare al riposo, ecc., diritti che possono essere soddisfatti unicamente se l'organizzazione delle cure è pensata intorno a ciascuna persona. O ancora al rifiuto di cure nella fase terminale di una malattia e a come questo non debba e non possa corrispondere all'abbandono del paziente, ma debba attivare tutta una serie di misure, non necessariamente tutte prevedibili e standardizzabili, di accompagnamento e sostegno della persona. Non si può non ricordare a questo proposito come, proprio in occasione di un caso notissimo di rinuncia alle cure, sia stato il giudice amministrativo a descrivere il dovere di presa in carico del paziente da parte dei servizi come un insieme di prestazioni complesse che vanno ben oltre la semplice cura della malattia e che iniziano dall'accoglimento in una struttura e proseguono attraverso l'ascolto, l'informazione e la costruzione di un percorso condiviso che ha nella persona «il suo fulcro e il suo fine»⁶².

Da ultimo anche la crisi economica e la sempre più complessa sostenibilità dei servizi indicano nuove prospettive per l'autonomia in ambito organizzativo. In qualche caso la necessità di assicurare il diritto nella sua pienezza richiede ai sistemi sanitari la capacità di ripensare l'organizzazione come fattore flessibile e rende l'autonomia necessaria anche in termini di ricerca di soluzioni alternative a quelle predeterminate e standardizzate per garantire la soddisfazione di pretese legate al diritto. In una recentissima sentenza il Consiglio di Stato sembra andare in questa direzione nella misura in cui non ritiene sufficiente a dimostrare la legittimità del solo parziale accoglimento di una richiesta di servizio,

(62) Così Cons. Stato, sez. IV, 2 settembre 2014, n. 4460.

l'allegazione del fatto che le risorse finanziarie assegnate non consentono di erogare la prestazione nella sua pienezza. I giudici segnalano come, per poter ritenere che il potere-dovere in capo ad una azienda sanitaria sia stato esercitato correttamente, l'ente debba «dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie»⁶³. In altri termini l'organizzazione non è più considerata un elemento rigido, una macchina che marcia fino a quando il carburante lo consente, ma un dato flessibile che deve continuamente ripensarsi intorno alle esigenze del servizio, anche in modi non già standardizzati. Tutto questo non può non andare nella direzione dell'autonomia organizzativa.

8. *Quale uniformità necessaria?*

Se quanto appena considerato è vero, occorre allora domandarsi quale sia l'uniformità necessaria.

Certo, innanzi tutto, questa deve riguardare la qualità delle prestazioni, la loro quantità, i tempi di erogazione e quant'altro concerne la piena garanzia dei livelli essenziali. Si tratta della prospettiva per così dire "nota", che misura le diseguaglianze e le contrasta con riferimento al prodotto prestazionale dei sistemi sanitari. In questo ambito molto si sta già facendo⁶⁴, anche se molto c'è ancora da fare.

Ciò su cui interessa soffermarsi è invece quella dimensione dell'uniformità che è in grado di contrastare una diseguaglianza più profonda, della quale si sono individuate le tracce nelle pagine precedenti e che ri-

(63) Così Cons. Stato, 2 gennaio 2020, n. 1.

(64) Ad esempio attraverso il Programma nazionale esiti (PNE), sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della salute, che fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario; o ancora per mezzo del Nuovo sistema di garanzia (NSG), divenuto operativo a gennaio 2020, che dovrebbe consentire di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza. Nella stessa direzione lavora il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (Comitato LEA), a cui è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei LEA, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il Servizio sanitario nazionale. Senza alcuna pretesa di completezza si può citare, infine, il nuovo Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021, che indica i tempi massimi di attesa e le classi di priorità per una serie di prestazioni.

guarda la conformazione del diritto alla salute. Come contrastare questa deriva verso 21 diritti alla salute differenti?

La risposta non è semplice e soprattutto non passa necessariamente attraverso un recupero della “vecchia” uniformità, che dietro l’eguaglianza formale non evitava certe differenze sostanziali a volte drammatiche⁶⁵. Né, mi pare, sia utile in questo senso l’imposizione statale di soluzioni organizzative alle Regioni in crisi finanziaria e con *performance* inferiori alle altre. Si tratta di una modalità di contenimento dell’autonomia costruita proprio intorno all’idea del diritto eguale soddisfatto in modo diseguale e frutto della fiducia in una soluzione di carattere essenzialmente economico-produttivo⁶⁶.

Come ampiamente considerato, gli esempi fatti dimostrano che le scelte sull’organizzazione sanitaria non incidono solo sulla produzione del servizio, ma sull’idea stessa di malattia e persona e, quindi, di diritto alla salute. Questo conferisce a tali decisioni una valenza anche “politica”, nel senso di significativa di una visione di società e parte di una concezione complessiva del ruolo delle istituzioni. È questo il livello in cui le diversità divengono diseguaglianze profonde, che minano la tenuta del disegno costituzionale ben oltre l’aspetto dell’effettività dei diritti fondamentali.

Per contrastare questa deriva la prima cosa da fare è porsi il problema, affrontare il discorso in questi termini, riconoscere, innanzi tutto,

(65) Qui si veda ancora E. CARLONI, *Lo Stato differenziato*, cit.; L. VANDELLI, *Sovranità e federalismo interno: l'autonomia territoriale al tempo della crisi*, in *Le Regioni*, 2012, p. 869; D. D'ORSOGNA, *Note su uguaglianza e differenza nella disciplina delle autonomie territoriali* in *www.dirittostoria.it*, 6, 2007 e, in una prospettiva storica, P. CALANDRA, *Storia dell'amministrazione pubblica in Italia*, Bologna, 1978.

(66) C. TUBERTINI, *Risorse economiche come elemento di uniformazione*, in L. VANDELLI, F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle Regioni*, Bologna, 2012, p. 40 ss., esprime in modo convincente una posizione critica sul punto, sottolineando come dietro i meccanismi premiali si celi un vero e proprio ricatto finanziario per le Regioni in crisi. Si veda anche M. D'ANGELOSANTE, C. TUBERTINI, *Cittadinanza amministrativa, salute e sanità*, cit., p. 113 ss., che sottolineano in senso critico l'impronta economica delle spinte uniformanti che in questi anni hanno compresso l'autonomia regionale in materia di organizzazione del servizio sanitario con l'unico intento di ridurre la spesa. Si veda in proposito anche C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 1 aprile 2019, p. 11, che sottolinea l'oramai avvenuta saldatura anche culturale tra livelli essenziali di assistenza e principi di coordinamento della finanza pubblica.

che l'organizzazione di un servizio non è solo funzionamento dell'amministrazione, ma identificazione di una pretesa e individuazione delle modalità per soddisfarla e, quindi, intermediazione fra la società e i suoi bisogni.

La questione è nuova e insieme antica.

La novità dipende dal fatto che, dalla seconda riforma del Sistema sanitario nazionale e per i quasi trent'anni che ci separano da essa, il dibattito non ha più preso in considerazione la dimensione "politica" delle scelte organizzative, concentrandosi unicamente sulle prestazioni, la loro sostenibilità economica e la capacità dell'organizzazione di erogarle. Il tema dell'aziendalizzazione e dell'efficienza dei sistemi ha dominato la scena, imponendo questioni come quella del funzionamento della sanità, se non, a volte, unicamente dei costi della salute. Questo "immiserimento" del discorso ha lasciato impresidiata dal punto di vista culturale la questione delle diverse idee di salute e quindi di persona che si andavano divaricando nelle diverse realtà regionali.

Al medesimo tempo, la questione della stretta relazione fra organizzazione della sanità e visione di salute, malattia, persona e società non è affatto inedita. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale alla fine degli anni '70 è stata preceduta e seguita da un intenso e articolato ragionamento sul rapporto fra salute, individuo e società, del quale restano le tracce anche nel dettato della legislazione dell'epoca. Basti pensare al dibattito che si attivò in quegli anni intorno alla questione psichiatrica e in cui non ci limitò a stigmatizzare il degrado delle istituzioni manicomiali, ma si mise a tema con grande chiarezza la questione del rapporto fra il modo in cui è organizzato un servizio e la costruzione dell'identità e del ruolo sociale delle persone che di questo servizio usufruiscono⁶⁷. Si tratta allora di riprendere il tema, mostrandosi consapevoli del fatto che nell'intermediazione fra la collettività e i suoi bisogni c'è sempre una visione politica e questa non deve essere nascosta, né negata, a costo, altrimenti, di non riconoscerla e di lasciare che a dare forma a que-

(67) Su questi aspetti, per un più articolato approfondimento, si rinvia ad A. PIOGGIA, *Dopo quaranta anni la riforma dei servizi psichiatrici contiene ancora una importante lezione sul servizio pubblico e sul suo ruolo*, in *questa Rivista*, 3-4, 2018, p. 817; Id., *Diritti dell'individuo e organizzazione della sanità*, in AA.Vv., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. II, Bologna, 2019, p. 579.

sta intermediazione siano poteri che non se ne assumono poi la conseguente responsabilità.

Sia chiaro che non si intende qui in alcun modo sostenere che “i politici” debbano tornare ad appropriarsi dei servizi, ingerendosi nelle scelte gestionali con logiche che ben poco hanno a che fare con le esigenze di cura della salute. Il principio di distinzione resta un insostituibile presidio di imparzialità dei sistemi amministrativi⁶⁸. Occorre piuttosto tornare a discutere della relazione fra modalità organizzative di un servizio e diritto della persona, non solo a godere delle prestazioni fornite, ma anche al pieno sviluppo della propria personalità, affrontando, insieme al tema dell'efficienza e della sostenibilità economica delle prestazioni, quello della strumentalità del servizio pubblico al disegno costituzionale e all'idea di società che prefigura.

Anche in questi giorni di emergenza, in cui i numeri di persone ricoverate, di morti, di guariti, di posti letto disponibili, di medici e operatori in servizio sembrano essere tutto fuor che “politica”, basta cambiare prospettiva e interrogarsi sulle scelte fatte, per constatare come dietro l'organizzazione ci sia sempre una visione politica. Soltanto un esempio: pensiamo alla questione drammatica della limitatezza dei posti letto in terapia intensiva e a come il loro numero sia diminuito di oltre il 50% nel corso degli ultimi tre decenni⁶⁹. Alla radice di tutto questo ci sono scelte di riduzione della spesa, tagli lineari, decisioni assunte per garantire la sostenibilità del debito, che tradiscono una idea di società e di ruolo del pubblico nella soddisfazione dei suoi bisogni ben precisa. Nel 2015 il regolamento per gli standard ospedalieri ha stabilito per

(68) Sul punto restano fondamentali le riflessioni di F. MERLONI, *Organizzazione amministrativa e garanzie dell'imparzialità. Funzioni amministrative e funzionari alla luce del principio di distinzione tra politica e amministrazione*, in *Dir. pubbl.*, 2009, p. 57, ma già Id., *Amministrazione “neutrale” e amministrazione imparziale. A proposito dei rapporti tra “politica” e “amministrazione”*, *ivi*, 1997, p. 319; di G. GARDINI, *L'imparzialità amministrativa tra indirizzo e gestione. Organizzazione e ruolo della dirigenza pubblica nell'amministrazione contemporanea*, Milano, 2003; Id., *“Imparzialità amministrativa”* (voce), in *Dizionario di diritto pubblico*, IV, diretto da S. CASSESE, Milano, 2006, p. 2934; e di B. PONTI, *La nozione di indipendenza nel diritto pubblico come condizione del funzionario*, in *Dir. pubbl.*, 2006, *passim*, spec. p. 189.

(69) Si vedano in proposito i dati raccolti dall'OMS e consultabili, anche per quanto riguarda il nostro Paese, in https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_478-5060-acute-care-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=20057.

decreto che un utilizzo medio dell'80-90% dei posti letto durante l'anno deve essere ritenuto "efficiente". Si è scelto quindi di dimensionare la disponibilità di posti sulla domanda media e non su quella di picco, accettando il rischio di non poter sostenere una emergenza come quella in corso. La valenza, anche simbolica, del servizio sanitario come assicurazione della società dalle calamità imprevedibili, ha lasciato spazio a quella del servizio come azienda, che fornisce prestazioni dimensionate alla domanda media.

Non è forse questa una scelta politica, prima ancora che tecnica?

Ed è da qui che occorre ripartire per riaprire un dibattito anche sull'eguaglianza profonda del diritto alla salute nel suo rapporto con l'autonomia. Un dibattito che non può non coinvolgere le Regioni, nelle diverse sedi di raccordo fra esse e lo Stato, prima fra tutte quella della Conferenza. La condivisione sugli aspetti profondi del diritto deve diventare il primo degli oggetti sui quali trovare un punto di incontro, affrontando la questione anche nella prospettiva della funzione del diritto nel processo di emancipazione della persona e nella costruzione di una società migliore. In questo modo l'uniformità sarebbe il frutto di un processo condiviso e riguarderebbe, come deve, la definizione e consistenza del diritto prima del modo di soddisfare le pretese ad esso collegate.