

Rivista N°: 2/2024
DATA PUBBLICAZIONE: 17/04/2024

AUTORE: Giovanna Razzano*

EQUITÀ E INTEGRAZIONE: DUE PRINCIPI CHIAVE PER UN NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE. OLTRE LA “MISSIONE SALUTE” DEL PNRR**

EQUITY AND INTEGRATION: TWO KEY PRINCIPLES FOR A NEW NATIONAL HEALTH PLAN. BEYOND THE “HEALTH MISSION” OF THE NATIONAL RECOVERY AND RESILIENCE PLAN

Sommario: 1. Dove guarda il sistema sanitario nazionale dopo la «missione salute» del PNRR? - 2. La sfida dell'equità, fra divari e allocazione delle risorse: il criterio della giustizia distributiva. - 3. L'importanza del livello centrale di governo e del Ministero della salute. - 4. Integrare: la salute nelle altre politiche, la prevenzione nell'educazione, la medicina generale nel sistema sanitario. - 5. Integrare: gli aspetti sociali e sanitari della cura; l'ospedale e il territorio; la missione 5 e 6 del PNRR; il Ministero della Salute e quello delle Politiche Sociali; il pubblico e il privato sociale. - 6. Un passo nella giusta direzione: la legge delega per gli anziani non autosufficienti. Il primo decreto legislativo.

1. Dove guarda il sistema sanitario nazionale dopo la «missione salute» del PNRR?

Nel bel mezzo di *target* e *milestone*, mentre si corre contro il tempo per rispettare il cronoprogramma della missione salute del PNRR¹, resta importante alzare lo sguardo oltre l'orizzonte temporale del 2026, interrogandosi sui principi cui ispirare il futuro del sistema sanitario nazionale. Al di là, infatti, degli investimenti e dei sub-investimenti in cui si articolano le due componenti di questa missione², appare indispensabile coltivare una visione di lungo periodo e interrogarsi sugli orientamenti di fondo che devono ispirare le politiche che occorrerà intraprendere.

* Ordinaria di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università La Sapienza di Roma, Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica.

** Il presente contributo è destinato al volume a cura della stessa Autrice che raccoglie gli Atti del Convegno interdisciplinare su “La missione salute del PNRR: idee ed esperienze per una riforma”, che ha avuto luogo presso l'Università La Sapienza di Roma, Facoltà di Economia, il 5 maggio 2023.

¹Cfr. <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>

² In breve denominate “reti di prossimità” e “innovazione”.

Con ciò non si intende dire che il PNRR sia privo di un disegno di politica sanitaria. Al contrario, la “missione salute” n. 6, specie in riferimento alla prima delle due componenti, si colloca chiaramente in continuità con tentativi e progetti risalenti, finalizzati a realizzare il passaggio «dalla centralità dell’ospedale a quella della persona da assistere»³, attraverso il potenziamento delle cure primarie e dell’assistenza territoriale⁴. La prima delle due componenti attiene infatti alle *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*, per «rendere la casa primo luogo di cura», con l’obiettivo di «prendere in carico», entro il 2026, il 10% della popolazione *over 65*, con l’ausilio della telemedicina. Anche la seconda componente, comunque, imperniata sul rinnovamento delle strutture tecnologiche e digitali (*Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*), non è priva di effetti sull’assistenza primaria: prevede infatti l’implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)⁵; il potenziamento della ricerca scientifica e l’accrescimento delle competenze del personale sanitario attraverso la formazione⁶.

Gli investimenti, le riforme e i traguardi previsti, tuttavia, non sono l’obiettivo ultimo. Le stesse cure primarie - da decenni un vero e proprio miraggio⁷ - non rappresentano il traguardo finale, se non riescono, a loro volta, a prevenire e a dare risposta ai diritti fondamentali delle persone⁸. Del resto, qualsiasi sia la prospettiva disciplinare nella quale riguardare i fenomeni - medico-sanitaria, aziendale, finanziaria, sociologica, giuridica, etica - è pur sempre la Costituzione con i suoi diritti e principi a venire innanzitutto in rilievo, non solo perché è la norma di vertice dell’ordinamento, ma anche perché rappresenta il minimo comune etico della società.

Della salute, com’è noto, la Costituzione italiana afferma che è fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività; che la Repubblica garantisce cure gratuite agli indigenti, e che il rispetto della persona umana è un limite invalicabile per il legislatore che intenda prevedere l’obbligo di un determinato trattamento sanitario (art. 32 Cost.)⁹. Il principio personalista e quello sociale si intrecciano, quindi, come non mai: da un lato vi è infatti la tutela

³ Infatti l’obiettivo non è tanto il passaggio dall’ospedale al territorio, quanto riuscire effettivamente a mettere al centro la persona (sia consentito rinviare a G. Razzano, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, 2/2022, 9).

⁴ Cfr. già E. Guzzanti et al., *L’Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro squadra*, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma, 2009; E. Guzzanti, T. Longhi, *Medicina di base e medicina ospedaliera*, Fondazione Medica 1985;9:1005-1011. Di recente C. Bottari, *Introduzione al tema: dalla centralità dell’ospedale a quella dell’assistenza territoriale*, in *L’assistenza territoriale: nuova centralità dei sistemi sanitari*, a cura dello stesso A. Bottari, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2022.

⁵ Fra i quali figurano attività, servizi e prestazioni rientranti nell’assistenza distrettuale e nella prevenzione, che attengono appunto alle cure primarie.

⁶ <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missioneSalute>

⁷ Sul lungo cammino cfr. E. Jorio, D. Servetti, *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2/2019, 259.

⁸ A. Poggi, *I diritti delle persone*, Mondadori Università, Milano, 2023, 24.

⁹ La letteratura in proposito è sterminata e lo spazio di questo scritto non consente di menzionarla. Ci si limita a segnalare B. Pezzini, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir e Soc*, 1983, 21; B. Caravita, *La disciplina costituzionale della salute*, ivi, 1984; M. Luciani, *Salute*, in *Enc. Giur. Treccani*, XXVII, Roma, 1991; L. Chieffi (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio*, Giappichelli, Torino, 2003; A. Simoncini, E. Longo, *Art.*

immediata della persona e della sua integrità psico-fisica¹⁰, che in caso di violazione esige riparazione¹¹, dall'altro la salute è un diritto sociale che implica essere curati e ricevere prestazioni da parte dello Stato, gratuite per gli indigenti, tenendo delle risorse organizzative e finanziarie disponibili¹².

La vera sfida dunque, che va ben oltre la data del 2026, è il miglioramento effettivo dello stato di salute della popolazione in generale e di ciascun individuo in particolare¹³. Secondo il personalismo solidale che caratterizza la nostra Costituzione, questo significa soprattutto riuscire a “prendere in carico”, ossia ad individuare e curare la persona fragile, quella che, per la frammentazione dei servizi, l'eccesso di burocrazia, l'analfabetismo digitale, la solitudine o la povertà economica *non può, non sa o non riesce* ad accedere ai servizi, perché mancano o perché sono male organizzati¹⁴. Le case della comunità, il fascicolo sanitario elettronico, la telemedicina, il punto unico di accesso, come pure le nuove opportunità offerte dall'intelligenza artificiale - solo per citare qualche esempio - sono obiettivi importanti; ma se non sono a loro volta funzionali a soddisfare il bisogno di salute delle persone più fragili e/o «indigenti», la “missione salute” resterebbe incompiuta. E altrettanto vale per un sistema sanitario nazionale,

32, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Utet, Torino, 2006, 656; R. Balduzzi (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Cedam, Padova, 2007; E. Catelani, G. Cerrina, E. Ferroni, M.C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Quaderni CESIFIN, Torino, 2011; E. Cavasino, *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012; R. Nania (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2013; R. L. Busatta, *La salute sostenibile*, Giappichelli, Torino, 2018; D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021.

¹⁰ Come osserva M. Olivetti, *Diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2020, 511, per molto tempo sulla dimensione personale del diritto alla salute hanno prevalso invece l'interesse pubblico e la dimensione collettiva. Basti pensare che, fino al 1958, anno di istituzione del Ministero della sanità, esisteva un Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica alle dipendenze della Presidenza del Consiglio, che aveva ereditato le competenze della soppressa Direzione generale della Sanità pubblica, creata presso il Ministero dell'Interno nel 1888, mentre in ambito locale erano i prefetti la massima autorità sanitaria provinciale (cfr. M. Paniga, *La nascita e i primi passi dell'Alto commissariato per l'igiene e la sanità pubblica (1945-1948)*, in *Storia e Futuro, Rivista di Storia e Storiografia Contemporanea*, n.52/2020).

¹¹ Cfr. Corte cost., sent. n. 88/1979 e n. 252/2001.

¹² Sulla tensione fra contenuto del diritto e vincoli finanziari, R. Ferrara, *Salute (diritto alla)*, in *Dig.disc.pubbl.*, XIII, Utet, Torino, 1997. Da ultimo S. Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 3/2023. Nella giurisprudenza costituzionale cfr., sul tema, in particolare, le sentenze n. 992/1988, 455/1990, 88, 184 e 243 del 1993, 304/1994, 309/1999, 80/2010, 248/2011, 264/2012, 275/2016, 142/2021.

¹³ Nella prospettiva etica, più precisamente di etica della salute pubblica, appare di grande interesse, anche per la corrispondenza ai menzionati principi della Costituzione italiana, il lavoro di C. Petrini, S. Gainotti, P. Requena, *Personalism for public health ethics*, in *Ann. Ist. Superiore Sanità*, vol. 46/2010, 204-209.

¹⁴ Il Comitato Nazionale per la Bioetica, nel parere *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale*, 2017, 16, ha raccomandato la necessità della costruzione di una nuova sanità in difesa dei pazienti fragili, che miri all'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale integrato. Come osserva A. Pioggia, *La sanità nel Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Governare la ripresa. La Pubblica Amministrazione alla prova del Recovery Plan*, Edizioni Università di Trieste, Trieste, 2022, 125, la disuguaglianza più odiosa è quella che penalizza i più fragili fra i fragili: «chi è più malato, rispetto a chi si trova in condizioni meno gravi; chi è meno supportato da una rete familiare e sociale solida (...); chi si trova in condizioni economiche di maggiore difficoltà, rispetto a chi ha una pensione o un reddito familiare maggiore, e così via» ed evidenzia le conseguenze negative anche sulla famiglia del malato che non viene adeguatamente assistito.

quello istituito con la l. n. 833 del 1978, basato sui principi di universalità, uguaglianza ed equità¹⁵.

Al riguardo vi sono diverse ombre ma non mancano luci. Un riferimento importante, sullo sfondo del PNRR, è l'Agenda globale per lo sviluppo sostenibile 2030 delle Nazioni Unite, laddove l'Italia, rispetto ai target del Goal 3 "Salute e benessere", è ben posizionata nel *ranking*, e soprattutto in miglioramento rispetto al 2015¹⁶.

2. La sfida dell'equità, fra divari e allocazione delle risorse: il criterio della giustizia distributiva

Com'è noto, la sfida più importante per il sistema sanitario italiano è il contrasto alle crescenti disuguaglianze¹⁷.

A tale riguardo, spesso si sottolinea l'importanza del finanziamento, nella convinzione che maggiori risorse possano riequilibrare il sistema e colmare le disparità¹⁸. D'altro canto, il sistema sanitario, come l'intero sistema di protezione sociale, deve essere economicamente sostenibile, anche in base al principio della responsabilità verso le generazioni future¹⁹. Com'è

¹⁵ Mentre è ancora lunga la strada da percorrere. Significativo il dato per cui un terzo delle morti, in Italia, è attribuibile a fattori di rischio comportamentale, come il fumo, l'obesità, l'inattività fisica. Altrettanto significativa è l'alta quota, superiore alla media europea, di esborsi "di tasca propria" per prestazioni e farmaci, mentre continuano ad esservi divari profondi fra le Regioni, e all'interno delle stesse Regioni (cfr. OECD, *State of Health in the EU, Italy, Country Health Profile 2023*, 26).

¹⁶ Cfr. il rapporto Asvis 2023, dove l'indicatore composito segnala un miglioramento sia dal 2010 al 2015 sia dal 2015 al 2019. In particolare, dal 2015 al 2019 sono migliorati tutti gli indicatori analizzati, fatta eccezione per la quota di posti letto (-17,1 per 100 mila abitanti). Si riducono le persone che dichiarano di non riuscire ad accedere alle cure (-1,6 punti percentuali) e diminuisce la mortalità prevenibile (-19,0 per 100mila abitanti). https://asvis.it/public/asvis2/files/Rapporto_ASviS/Rapporto_ASviS_2023/RapportoASviS_2023_final.pdf. Dati positivi sul sistema sanitario italiano, in comparazione con l'area UE (ad es. alta aspettativa di vita alla nascita, bassa mortalità per cause prevenibili e trattabili, bassi livelli di suicidio, bassa percentuale di italiani che dichiarano di aver sperimentato bisogni insoddisfatti di cure mediche), emergono pure da OECD, *State of Health in the EU, Italy, Country Health Profile 2023*.

¹⁷ Cfr. i dati del Ministero della Salute, Agenas, Iss, *Programma nazionale esiti*, 2023. Cfr. anche Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2023, XX e 229.

¹⁸ Cfr. ad es. A. Pioggia, *La sanità nel Piano nazionale*, cit., 113. *Contra* S. Spatola, *Il solito dilemma*, cit., 12, per il quale «sono altri e diversi i problemi che, in situazione di ristrettezze finanziarie, si possono (e dovrebbero) risolvere prima di ricorrere all'incremento delle risorse (incremento cui corrisponderebbe un decremento delle risorse per un altro, qualsivoglia diritto)». Quanto ai dati, secondo l'OECD, *State of Health in the EU, Italy, 2023*, cit., 3, la spesa pubblica italiana per la sanità è tornata a crescere nel 2014, seguendo la modesta crescita del PIL del Paese (...) Con una ripresa del PIL del 7% nel 2021, la spesa pubblica è aumentata del 2,9%. Quanto alla comparazione con la spesa in altri Paesi UE, l'Ufficio Valutazione Impatto del Senato, nel Rapporto *Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni Un check up del suo stato di salute, attraverso il confronto con altri sistemi sanitari*, del giugno 2023, ha evidenziato come i sistemi universalistici (come quello italiano) consumino circa il 3-4% di risorse in meno rispetto ai sistemi mutualistici (come quello italiano precedente al 1978 e quelli francese e tedesco), con gli stessi risultati. Il nostro SSN consuma quindi meno risorse.

¹⁹ Spunti interessanti in M. Olivetti, *I diritti fondamentali*, Giappichelli, Torino, 220, 429 (con richiami alle diverse tesi, fra le altre, di M. Luciani, *Sui diritti sociali*, in *Studi Mazziotti*, vol. II, Cedam, Padova, 1995, 126 e di R. Bifulco, *L'inviolabilità dei diritti sociali*, Jovene, Napoli, 2003, 213), per il quale il principio non vale solo per il "settore" del diritto ambientale, trattandosi del più generale principio di responsabilità funzionale allo Stato sociale. Cfr. inoltre A. Poggi, *I diritti delle persone*, cit., 82; L. Antonini, *Tecniche decisorie e bilanciamento tra diritti e finanze*, in F. Pammolli, C. Tucciarelli (a cura di), *Il costo dei diritti*, Bologna, 2021,

99; C. Buzzacchi, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di Quad. cost.*, 2/2020662; F. Politi, *Il diritto alla salute*

noto, per un lungo periodo è stato invece speso più del finanziamento disponibile, alimentando il debito pubblico²⁰, finché, dal 2007, si è affermato il principio della responsabilizzazione, attraverso il meccanismo dei piani di rientro²¹. Meccanismo che però, seppure riesce a ripianare i conti, non sempre riesce ad assicurare i LEA, e quindi a garantire il diritto alla salute²².

Va detto che il finanziamento, da solo, non sempre è in grado di apportare benefici al sistema sanitario e a soddisfare il bisogno dei pazienti. Lo dimostra l'esperienza recente, ossia lo stanziamento di notevoli risorse per il potenziamento dell'assistenza territoriale durante la pandemia²³, molte delle quali risultate non spese²⁴. Occorrono dunque risorse finanziarie ma anche capacità organizzative e di spesa, che non tutte le Regioni posseggono²⁵.

Bisogna quindi tenere i conti in ordine, ma soprattutto assicurare i livelli essenziali di assistenza. Aumentare la disponibilità globale di risorse per il SSN, ma anche avere un sistema capace di tradurle in risultati in termini di salute della popolazione²⁶.

Quanto alle disuguaglianze, grave è poi il divario fra il Nord e il resto del Paese²⁷, come comprova l'importante migrazione sanitaria in direzione settentrionale²⁸. Oltretutto il sistema di remunerazione premia le Regioni che attraggono pazienti e penalizza quelle che li rilasciano, secondo un circolo vizioso. Anche perché l'equilibrio economico strutturale delle Regioni virtuose dipende anche dalla loro attrattività e dal flusso dei pazienti che provengono dal Centro-Sud²⁹. Le disparità, comunque, non mancano neppure fra le diverse aree di una medesima Regione³⁰.

fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incomprimibilità dei livelli essenziali, in Corti supreme e salute, 1/2018; A. Mangia, I diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria, in Riv. Gruppo di Pisa, 3/2013. Interessanti spunti definitivi in E. Borgonovi, Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano, 2005.

²⁰ Problema peraltro comune a molti ordinamenti occidentali. Cfr. A. Oddenino, *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute*, in R. Ferrara (a cura di), *Salute e sanità, in Trattato di biodiritto* a cura di S. Rodotà, P. Zatti, Milano, 2010, 131.

²¹ Cfr. al riguardo I. Ciolli, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Dirittiregionali.it*, 1/2021, 38; A. Patanè, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pacini Editore, Pisa, 2021; T. Cerruti, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Riv. AIC*, 4/2013.

²² Emblematico il caso della Calabria, la quale, se è vero che negli ultimi mesi ha raggiunto l'equilibrio dei conti, non è stata al contempo in grado di assicurare i LEA.

²³ Secondo i dati che emergono dalla Corte dei conti, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, 293, il finanziamento è stato di oltre 8 miliardi, di cui più di 3,5 miliardi affidati alla diretta gestione delle regioni.

²⁴ Secondo i dati del *Rapporto* citato, ben il 66% è risultato accantonato.

²⁵ Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico n. 6, 2019, 2-3.

²⁶ In proposito A. Ricci, *Una lettura economico-aziendale*, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, Atti del Workshop organizzato dalla Fondazione Alberto Sordi, Università e Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, 20 febbraio 2023, Editrice Dapero, Castel S. Giovanni, 2023, 137, sottolinea come la sostenibilità vada concepita in una logica multi-dimensionale, che deve tenere in equilibrio: l'efficienza (a garanzia dell'impiego delle risorse dei contribuenti e dell'equità intergenerazionale); l'efficacia (la capacità di rispondere al bisogno, a garanzia della persona vulnerabile); il costo-efficacia (aspettative realistiche della collettività sul servizio da ricevere in relazione alle risorse pubbliche a disposizione).

²⁷ Impressionanti alcuni dati in ambito pediatrico. Un bambino che nasce nel Mezzogiorno ha un rischio di morte nel primo anno di vita del 70 % superiore rispetto a uno nato nel Nord. L'11,9% di tutti i minori con meno di 15 anni del Mezzogiorno si è recato al Nord per ricevere cure. Cfr. S. Simeoni, L. Frova, M. De Curtis, *Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities*, in *Italian Journal of Pediatrics*, vol. 50, 5/2024.

²⁸ Cfr. Osservatorio Gimbe, *La mobilità sanitaria interregionale nel 2021*, Report 1/2024.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ Ministero della Salute, Agenas, Iss, *Programma nazionale esiti*, 2023.

La questione dell'allocazione delle risorse non è solo economico-finanziaria, ma anche etica e deontologica. Il Codice di deontologia medica, all'art. 6, prevede che «il medico, in ogni ambito operativo, *persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private* salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure». Analogamente il Codice deontologico dell'infermiere, all'art. 30, afferma che «l'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'*equa allocazione delle risorse*».

L'equa allocazione e l'uso ottimale vanno perseguiti, a maggior ragione, dal decisore politico, responsabile non già dell'uso delle risorse in un'azienda, in un ospedale o in un distretto sanitario, ma in un intero sistema sanitario nazionale, il quale, se è *articolato*, resta altresì *unitario*. Le risorse pubbliche, dunque, anche a questo livello, dovrebbero essere assegnate in base ai *bisogni effettivi di salute*, tenendo dunque conto della situazione di partenza della popolazione stratificata a livello nazionale³¹, e non di altri fattori, come ad esempio la capacità di spesa o la spesa storica.

L'equità richiede di applicare quel famoso principio di giustizia distributiva, che risale ad Aristotele³² e che è stato sviluppato dalla Corte costituzionale fin dall'inizio della sua attività, quando si trovò ad interpretare il principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost. Affermò il giudice delle leggi che «*non è concepibile che il principio di eguaglianza dei cittadini davanti alla legge, sancito dall'art. 3 della Costituzione, debba intendersi nel senso che il legislatore non possa dettare norme diverse per regolare situazioni che esso considera diverse, adeguando così la disciplina giuridica agli svariati aspetti della vita sociale, anche al fine di conseguire i risultati additati dal secondo comma dello stesso art. 3*»³³. Chiari ancora la Corte che è propria dell'applicazione del principio di eguaglianza «*la configurazione di ipotesi legislative che, apparentemente discriminatrici nei confronti di categorie o gruppi di cittadini, nella sostanza ristabiliscono l'eguaglianza delle condizioni di queste categorie o gruppi*»³⁴.

Nell'ambito del diritto alla salute, perseguire l'equità in base al principio di giustizia distributiva significa allora non già continuare ad allocare risorse ipotizzando situazioni omogenee, ma esaminare la diversità dei bisogni di salute della popolazione nelle varie aree del Paese, che risentono a loro volta dei divari economici e sociali³⁵. Com'è noto, invece, i bisogni di salute non sono stati ancora identificati secondo modelli condivisi e secondo un modello di costo *standard*. Ci si basa ancora sulla spesa storica e, quindi, sui consumi passati.

La stragrande maggioranza delle risorse viene così distribuita alle Regioni attraverso un meccanismo indistinto, che ipotizza le stesse necessità di salute senza tenere conto della

³¹ Cfr. ora il DM del Min. salute 77/2022, all. 1, § 3.

³² Etica Nicomachea (V, 3, 1131 a 10 – 1132 b 9).

³³ Corte cost., sent. n. 28/1957.

³⁴ Corte cost., sent. n. 106/1962.

³⁵ Cfr. a questo riguardo il famoso modello realizzato da G. Dahlgren and M. Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute for Future Studies, Stockholm, 1991, sui fattori determinanti le disuguaglianze di salute e sulla relazione fra gli individui, l'ambiente in cui vivono e la salute. Cfr. inoltre il glossario realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: WHO, *Health inequality and inequity*, Health Impact Assessment: Glossary of terms used, 2010.

situazione di partenza, e, quindi, di fattori come il tasso di mortalità, la scolarizzazione, la povertà, la disoccupazione³⁶. Il risultato mostra quindi grandi discrepanze nei “risultati di salute”, perché le risorse investite determinano effetti diversi tra le varie Regioni, come mostra il dato della speranza di vita alla nascita, che vede una differenza di tre anni tra la Provincia di Trento e la Regione Campania³⁷.

Parafrasando autorevole dottrina, occorre dunque che, anche nell’ambito della tutela della salute, l’uguaglianza sostanziale si aggiunga a quella formale riempiendola di contenuti più ricchi³⁸. Occorre ridare valore, inoltre, al principio di solidarietà anche in riferimento alla salute pubblica, e sostenere su questa base conseguenti azioni politiche di riequilibrio, per promuovere la salute dei gruppi sociali più svantaggiati, anche se questo dovesse andare a detrimento di interessi individuali³⁹.

3. L’importanza del livello centrale di governo e del Ministero della salute

A tal fine appare cruciale il livello di governo centrale. Dopo anni di celebrazione del decentramento, del regionalismo e del federalismo sanitario⁴⁰, nonché di un’«interpretazione eccessivamente lata delle prerogative statali»⁴¹ sembra arrivato il momento di esaltare, piuttosto, l’importanza del coordinamento, della direzione e dell’impulso⁴², senza con questo voler

³⁶ Cfr. il Rapporto Bes dell’Istat, 2023, sul benessere equo e sostenibile in Italia <https://www.istat.it/it/files/2023/04/Bes-2022.pdf>

³⁷ Cfr. l’Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, *Rapporto Osservasalute 2022*. Cfr. inoltre Ministero della Salute, Agenas, Iss, *Programma nazionale esiti*, 2023.

³⁸ A. Cerri, *Eguaglianza giuridica ed egualitarismo*, Japadre, L’Aquila-Roma, 149. Si segnalano C. Esposito, *Eguaglianza e giustizia nell’art. 3 della Costituzione*, in ID., *La Costituzione italiana. Saggi*, Padova 1950; L. Paladin, *Il principio costituzionale di uguaglianza*, Padova 1965; ID., *Ragionevolezza (principio di)*, in *Enc. Dir.*, Agg., I, 1997; C. Rossano, *L’eguaglianza giuridica nell’ordinamento costituzionale*, Napoli 1966; A. Cerri, *L’eguaglianza nella giurisprudenza costituzionale. Esame analitico ed ipotesi ricostruttive*, Milano 1976; ID., *Ragionevolezza delle leggi*, in *Enc. giur.*, XXV, 1994; P. Vipiana, *Introduzione allo studio del principio di ragionevolezza nel diritto pubblico*, Padova 1993; F. Modugno, *La ragionevolezza nella giustizia costituzionale*, Napoli 2007; G. Scaccia, *Gli “strumenti della ragionevolezza nel giudizio costituzionale*, Milano, 2000; A. Morrone, *Il custode della ragionevolezza*, Milano, 2001; F. Vari, *L’affermazione del principio dell’eguaglianza nei rapporti tra privati. Profili costituzionali*, Torino, 2017.

³⁹ C. Petrini, S. Gainotti, P. Requena, *Personalism for public health ethics*, cit., 207.

⁴⁰ Espressione adottata anche nei testi normativi, ad es., dal d.lgs. n. 299/1999, art. 16 (modifica del d.lgs. n. 502/1992). Cfr. in proposito L. Trucco, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, Atti del convegno dell’Associazione “Gruppo di Pisa” su «I diritti sociali: dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza», Trapani 8-9 giugno 2012, in www.gruppodipisa.it, 2012, 31.

⁴¹ Cui si riferisce A. Poggi, *Tornare alla normalità dei rapporti Stato-Regioni. Errori da evitare e lezioni da meditare*, in *Federalismi*, Editoriale del 9 settembre 2020, VI, che ricorda il mancato utilizzo del potere sostitutivo di cui all’art. 120 Cost. Per C. Pinelli, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, 4, il Parlamento ha rinunciato, di fatto, alla legislazione di principio in materia di tutela della salute.

⁴² La gestione della pandemia ha evidentemente contribuito ad esaltare questo aspetto, insieme all’importanza del principio di leale collaborazione fra Stato e Regioni. Cfr. M. Cosulich, *Il governo della salute ai tempi della pandemia da COVID-19: più Stato, meno Regioni?*, in *Le Regioni*, 2021, 553; A. Poggi, G. Sobrino, *La Corte, di fronte all’emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in *Osservatorio AIC*, 4/2021; D. Morana, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all’emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in www.forumcostituzionale.it, 2/2021.

sottrarre alle Regioni la competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute⁴³. Anche perché molte volte i problemi derivano dall'incapacità amministrativa, non già da carenza di legislazione.

Si tratta di valorizzare, piuttosto, *insieme* al principio autonomistico e della differenziazione, quello di unità e indivisibilità della Repubblica, nonché il principio di adeguatezza, e sottolineare la maggiore responsabilità del livello di governo centrale rispetto alla garanzia del principio di uguaglianza inteso nel senso anzidetto, come giustizia distributiva e solidarietà sociale, a fronte di situazioni di squilibrio e iniquità⁴⁴. La riforma del titolo V non ha eliminato il ruolo del livello centrale, a cui resta una peculiare responsabilità per la «tutela della salute», per la determinazione dei principi fondamentali della materia, oltre che per la «tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali» (art. 120, comma 2, Cost.). Allo Stato spetta non solo individuare i LEA e i LEP⁴⁵, ma anche gli *standard* dell'assistenza⁴⁶, così come effettuare il monitoraggio e intervenire con correttivi⁴⁷. È auspicabile, insomma, che lo Stato eserciti le sue prerogative costituzionali e non abbia timore di adottare le opportune norme in materia, a livello primario e secondario.

L'importanza del livello centrale di governo va poi sottolineata, a maggior ragione, qualora si voglia concretizzare il regionalismo differenziato previsto dalla riforma costituzionale del 2001⁴⁸. Occorre infatti evitare che la maggiore autonomia, e quindi l'accentuazione del principio di differenziazione, significhi incremento dei divari nel godimento dei diritti civili e sociali⁴⁹ e, sul piano culturale, un'espansione dell'individualismo a discapito della solidarietà. Un effetto che si è inteso evitare, com'è noto, attraverso la preliminare identificazione dei LEP (inclusa la «tutela della salute») quali strumenti di garanzia della coesione nazionale⁵⁰. Un'operazione

⁴³ Com'è noto, nella scorsa legislatura sono state avanzate alcune proposte di riforma costituzionale, volte ad attribuire allo Stato la competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute, sottraendola alle Regioni (d.d.l. A.S. n. 1767 e 1772 di iniziativa, rispettivamente, dei sen. Fattori e Nugnes, e della sen. Taverna e altri) o volte ad introdurre una clausola di supremazia statale (A.C. n. 2422, di iniziativa dell'on. Ceccanti e altri e A.C. n. 2458 di iniziativa dell'on. Boschi ed altri).

⁴⁴ Cfr. al riguardo E. Catelani, *Coesione sociale e politiche per la salute alla luce dell'attuazione nazionale del Recovery Fund*, in *Passaggi costituzionali*, 12 febbraio 2022, 214.

⁴⁵ Com'è noto i LEA sono i Livelli Essenziali delle Prestazioni (cui si riferisce l'art. 117 Cost., comma 2, lett. m) nel settore sanitario. Sono stati determinati con il d.P.C.M. 29 novembre 2001 e poi con il d.P.C.M. 12 gennaio 2017, secondo un *iter* basato sul recepimento nel decreto dei contenuti degli accordi assunti in sede di Conferenza Stato-Regioni. Nell'aprile 2023 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il decreto tariffe che aggiorna il tariffario delle prestazioni

⁴⁶ Un percorso, questo, completato solo nel settore ospedaliero (DM 70/2015), appena iniziato per l'assistenza primaria (DM 77/22) e che ancora manca per l'assistenza domiciliare integrata, per le cure palliative, per la *long term care* e per l'integrazione sociosanitaria.

⁴⁷ Cfr. R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, 340 e 346 ss.

⁴⁸ Cfr. ora il d.d.l. recante *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, approvato dal Senato lo scorso gennaio 2024.

⁴⁹ Cfr. sul punto E. Catelani, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, in *Federalismi*, 7/2018; L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1, 2020.

⁵⁰ Cfr. al riguardo G.M. Salerno, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *Federalismi.it*, n. 1, 2023, xiii, in riferimento alla legge di bilancio per il 2023 (commi 791-801 dell'art.1 della l. n. 197/2022), laddove il Governo ha

complessa non priva di rischi per lo stesso regionalismo, ma che rappresenta anche una grande opportunità per l'abbandono del criterio della spesa storica⁵¹.

Ad ogni modo, che si proceda o meno col regionalismo differenziato⁵², un sistema sanitario nazionale così diversificato fra il Nord e il Centro-Sud⁵³, dove i livelli essenziali delle prestazioni non sono garantiti a tutti come la Costituzione promette, esige la valorizzazione del ruolo, insostituibile, del Ministero della Salute.

Quale altra istituzione potrebbe infatti agire per colmare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, nelle liste d'attesa, nello stato di salute e negli esiti, nelle risorse umane, infrastrutturali e tecnologiche? Chi altri se non il Ministero potrebbe adoperarsi per disincentivare i meccanismi perversi della mobilità sanitaria interregionale, revisionare la disciplina dei piani di rientro, individuare obiettivi di piano per il riequilibrio territoriale, e intervenire con atti di indirizzo, monitoraggio e controllo, sulla base dei risultati degli indicatori della griglia LEA⁵⁴? E chi soprattutto, se non il Ministero, potrebbe mettere l'*equità* al centro delle politiche della salute, ad esempio rendendola una *variabile* del percorso di accreditamento, un *requisito* nella valutazione dei progetti rientranti nella missione salute del PNRR, un *obiettivo* nelle linee guida per i soggetti aggregatori per gli acquisti in sanità⁵⁵, un *tema* nei percorsi formativi dell'amministrazione, e uno degli *obiettivi* da perseguire nel management sanitario⁵⁶?

tracciato il percorso per la determinazione dei LEP, definiti "condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni" alle Regioni.

⁵¹ Cfr. A. Poggi, *Il regionalismo differenziato nella "forma" del d.d.l Calderoli: alcune chiare opzioni politiche, ancora nodi che sarebbe bene sciogliere*, in *Federalismi*, Editoriale, 7 febbraio 2024.

⁵² Sui problemi di governo del nostro sistema plurilivello, che ancora non ha attuato l'art. 119 Cost., e che risulta disallineato fra finanziamento statale e funzioni regionali, G. Rivosecchi, *Il regionalismo differenziato, un istituto della Repubblica delle autonomie: perché e come realizzarlo entro i limiti di sistema*, in *Federalismi*, 4/2022, 859; G. Tarli Barbieri, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti supreme e salute*, 1/2022, 307.

⁵³ Cfr. L. Dell'Atti, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2020, 175.

⁵⁴ Cfr. ora Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, Metodologia e risultati dell'anno 2021.

⁵⁵ Cfr. sul tema N. Cusumano et al., *Procurement sanitario: aggiornamento sullo stato della centralizzazione degli acquisti e tendenze emergenti nell'attuazione del PNRR*, in Rapporto Oasi 2022, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano a cura di Cergas– Bocconi.

⁵⁶ Nella componente n. 2 della missione salute del PNRR è previsto un investimento specifico (18 milioni) per la formazione indirizzato all'erogazione di corsi per l'acquisizione di competenze e abilità manageriali e digitali (Subinvestimento: M6C2 2.2 (c) Corso di formazione manageriale). Un obiettivo che risulta essere stato raggiunto nel dicembre 2023 con l'iscrizione ad «un percorso formativo per il personale con ruoli apicali all'interno degli Enti del SSN per permettere loro di acquisire le competenze e le capacità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato» (<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioTargetMilestonePNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=398&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>). Ma il tema dell'equità - e quindi dell'efficacia oltre che dell'efficienza - sarà affrontato in questo percorso formativo?

Occorre insomma rivalutare l'importanza e, e per certi versi la doverosità costituzionale, di una «strategia sanitaria nazionale»⁵⁷ che recuperi una visione d'insieme, con norme primarie e secondarie di indirizzo, di coordinamento, di organizzazione⁵⁸, e con l'adozione di conseguenti atti amministrativi. Da più parti si invoca poi il ritorno ad un piano sanitario nazionale⁵⁹ e ad una programmazione che vada oltre i vari «patti per la salute», e che coinvolga, oltre al Ministero della Salute, l'intero Governo, lo stesso Parlamento, e naturalmente le Regioni, con un confronto pubblico al più alto livello istituzionale.

Sarebbe questa una svolta importante, che avrebbe ricadute positive non solo rispetto all'uniforme erogazione dei LEA, ma soprattutto rispetto al miglioramento della salute della popolazione, e dei soggetti più fragili in particolare, con effetti significativi in molti altri ambiti, come, ad esempio, il lavoro, la conciliazione fra quest'ultimo e la famiglia, le pari opportunità⁶⁰.

4. Integrare: la salute nelle altre politiche, la prevenzione nell'educazione, la medicina generale nel sistema sanitario

Se dunque è l'*equità e la solidarietà* rappresentano i principi cui ispirare le politiche della salute anche oltre il 2026, l'*integrazione* è certamente uno dei criteri-guida strumentali a tal fine.

Innanzitutto andrebbe promossa davvero una cultura dell'*integrazione della salute in tutte le politiche*⁶¹, analogamente a quanto da tempo si va affermando della tutela dell'ambiente⁶². Lo stesso art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea - non senza

⁵⁷ Per parafrasare la «strategia energetica nazionale» (che pure insiste in un ambito di competenza legislativa concorrente fra Stato e Regioni). Cfr. ora la «Strategia Nazionale per lo Sviluppo sostenibile e dell'Agenda 2030», in linea con il quadro normativo nazionale, nonché con il quadro strategico europeo e internazionale (<https://www.mase.gov.it/pagina/pubblicato-il-nuovo-avviso-2024-rivolto-regioni-province-autonome-e-citta-metro-politane-la>).

⁵⁸ Cfr. già all'indomani della riforma del Titolo V, R. Balduzzi, *Titolo V e tutela della salute*, cit., 21, che vedeva nella funzione di indirizzo e coordinamento lo strumento per una concertazione dell'interesse nazionale in materia di tutela della salute da parte di Stato e Regioni.

⁵⁹ Cfr. E. Jorio, *Autocritica e proposte: ecco le basi da cui ripartire per rilanciare un SSN orfano di Piano sanitario nazionale e in sofferenza tra Lep e Lea*, in *Sanità24, Il Sole 24 ore*, 28 febbraio 2024, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2024-02-28/autocritica-e-proposte-ecco-basi-cui-ripartire-rilanciare-ssn-orfano-piano-sanitario-nazionale-e-sofferenza-lep-e-lea-133440.php?uuid=AFnVPhsC>; N. Rosato, *Ssn. Non serve solo una riforma, ma capire quale riforma*, in *Quotidiano sanità*, 26 febbraio 2024; G. Banchieri, L. Franceschetti e A. Vannucci, *Riformare la sanità e fare una diversa programmazione*, ivi, 18 ottobre 2023.

⁶⁰ Evidenzia la necessità di supportare e valorizzare il lavoro di cura dei caregiver, che nella maggior parte dei casi sono donne, P. Torretta, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *Federalismi*, 5/2024, 6 marzo 2024.

⁶¹ Cfr. S. Penasa, *La "salute in tutte le politiche": presupposti teorici e fondamento costituzionale. Il Trentino come laboratorio istituzionale*, in *Federalismi, Osservatorio di diritto sanitario*, novembre 2015, 1.

⁶² Qui, infatti, il principio di integrazione, di derivazione comunitaria, implica la considerazione della tutela ambientale in seno alla definizione di qualsivoglia politica, nella convinzione che l'ambiente non è tanto un settore specifico, ma un modo di essere di tutti gli altri settori. Cfr. P. Dell'Anno, *Principi del diritto ambientale europeo e nazionale*, Milano, 2004, p. 75; G. ROSSI, *L'evoluzione del diritto dell'ambiente*, in *Riv. Quadr. Dir. Amb.*, 2/2015, p. 7; S. Grassi, M. Cecchetti, *Profili costituzionali della regolazione ambientale nel diritto comunitario e nazionale*, in AA.VV., *Manuale delle leggi ambientali*, Giuffrè, Milano, 2002, 37; S. Grassi, *Problemi di diritto costituzionale dell'ambiente*, Milano, 2012, 80; M. Cecchetti, *La dimensione europea delle politiche ambientali: un "acquis" solo apparentemente scontato*, in *Federalismi*, 2012, 5.

una certa assonanza con l'art. 37, in tema di ambiente⁶³ - afferma che «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana». Il PNRR può rappresentare una spinta in tal senso, ove si consideri, fra l'altro, che l'integrazione è essenziale per l'approccio integrato c.d. *One Health*, che implica la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, nella consapevolezza dell'intreccio e della reciprocità fra questi aspetti⁶⁴.

Appare inoltre indispensabile *integrare la prevenzione e, in particolare, l'educazione alla salute nelle relative politiche*⁶⁵. L'assoluta necessità di questo investimento risulta evidente se solo si consideri che un terzo di tutte le morti registrate in Italia, nel 2019, possono essere attribuite a fattori di rischio comportamentale - come il fumo, l'alimentazione scorretta, il consumo di alcol, la scarsa attività fisica - e ambientali, come l'inquinamento (che contribuisce a causare malattie cardiovascolari, respiratorie e forme di cancro)⁶⁶. Il dato dell'obesità mostra poi, nel nostro Paese, una evidente origine socioeconomica, posto che, nel 2021, è risultata obesa il 23% della popolazione con un livello basso di istruzione, mentre il dato scende al 6% fra coloro che sono in possesso di una laurea. L'obesità, inoltre, prevale nelle regioni meridionali⁶⁷.

A tal fine sembra opportuno che si elaborino *strategie integrate fra Ministero della salute e Ministero della pubblica istruzione*, e si investa per includere nei programmi scolastici, a partire dall'infanzia, l'educazione alla responsabilità rispetto ad uno stile di vita sano e all'importanza dell'attività motoria, come chiede, fra l'altro, la recente novella dell'art. 33 Cost., ai sensi della quale «la Repubblica riconosce il valore educativo, sociale e di promozione del benessere psicofisico dell'attività sportiva in tutte le sue forme»⁶⁸. La prevenzione, i cui risultati non si vedono nel breve periodo, e che è poco attrattiva nell'ottica del profitto (se lo stile di vita è sano si vendono meno farmaci, dispositivi e attrezzature), è invece strategica non solo per

⁶³ «Un livello elevato di tutela dell'ambiente e il miglioramento della sua qualità devono essere integrati nelle politiche dell'Unione e garantiti conformemente al principio dello sviluppo sostenibile».

⁶⁴ Sulle origini dell'approccio *One Health*, che coinvolge oltre alla medicina e alla sanità pubblica, l'ecologia, la medicina veterinaria, le scienze ambientali, la chimica e la biologia, cfr. R.M. Atlas, *One Health: its origins and future*, in *One Health: The Human-Animal-Environment Interfaces in Emerging Infectious Diseases*, a cura di J.S. Mackenzie, M. Jeggo, P. Daszak, J. Richt, 2012, Berlin, Springer, 1-13. cfr. Più di recente, M.H. Murray, J. Buckley, K.A. Byers et al., *One Health for All*, in *Annual Rev. Ecol. Evol. Syst.*, 2022, n. 53, 403-426. Il termine *One Health* ha ottenuto un riconoscimento globale all'inizio del millennio, anche a motivo dell'istituzione di un ufficio dedicato al tema all'interno dei US Centers for Disease Control and Prevention. Cfr. ora WHO, *Tripartite and UNEP support OHHLEP's definition of "One Health"*, 1 December 2021. Sul tema, G. Ragone, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3/2022, 809.

⁶⁵ Si tratta di un obiettivo che, peraltro, già i costituenti si proponevano. Cfr. ad es. E. Gaudio, *G. Caronia*, in *Nomos*, 2017, n. 3, I 'Costituenti' de 'La Sapienza', Atti del Convegno, 30 novembre 2017, Università La Sapienza di Roma.

⁶⁶ OECD, *State of Health in the EU*, Italy, cit., 8.

⁶⁷ Istituto Superiore di Sanità, <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso#dati>

⁶⁸ L. Cost. 26 settembre 2023, n. 1, su cui M. D'Amico, *Lo sport come diritto della persona: analisi dei progetti di revisione costituzionale*, in *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 1/2022; 152; T.E. Frosini, *La dimensione costituzionale dello sport*, in *Federalismi*, Paper del 23 febbraio 2022; M. Di Masi, *Dall'etica alla costituzionalizzazione dello sport. Brevi note sulla riforma dell'articolo 33 della Costituzione*, ivi, n. 22/2023; G. Marazzita, *Il riconoscimento del valore costituzionale dell'attività sportiva*, ivi, 1/2024; E. Battelli, *Il riconoscimento del valore educativo e sociale dell'attività sportiva in Costituzione*, in *Osservatorio AIC*, 2/2024.

la salute delle persone, ma anche per la sostenibilità del SSN, in quanto fattore in grado di ridurre la spesa⁶⁹.

Va osservato, inoltre, che il principio personalista privilegia proprio l'educazione pubblica, anziché la proibizione e la costrizione, in quanto promuove la libertà e la responsabilità delle persone e delle organizzazioni civili⁷⁰.

Si tratta comunque di un obiettivo difficilmente raggiungibile senza un impegno comune - delle istituzioni e della società civile - e senza un approccio multidisciplinare, che è proprio quello che le case della comunità dovrebbero offrire, grazie al lavoro coordinato e sinergico dei medici specialisti, degli infermieri e degli altri professionisti della sanità, degli psicologi, degli assistenti sociali, e soprattutto dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS).

Di qui l'importanza dell'*integrazione dei MMG e dei PLS nel servizio sanitario nazionale e nelle sue strutture*. Senza la loro presenza, le case della comunità previste dal PNRR e dal DM 77/2022 rischiano di risultare vuoti contenitori utili più al mercato edilizio che alla tutela della salute. Viceversa, senza le case della salute, è difficile che i MMG e i PLS possano svolgere l'attività professionale in maniera *integrata*, avvalendosi cioè del confronto e dell'apporto di altre professionalità, con le quali è importante fare squadra, secondo un approccio non solo multidisciplinare, ma addirittura interprofessionale⁷¹.

Non si ignora una certa perdurante resistenza, da parte di alcune associazioni di medici di medicina generale, a integrarsi con altri professionisti e a svolgere la loro attività in luoghi diversi dai propri studi privati⁷², rinunciando, fra l'altro, al personale, agli spazi e agli strumenti che le case della salute fornirebbero. Ma non si ignora neppure che, soprattutto fra i MMG più giovani, vi è interesse a relazionarsi con i colleghi specialisti, ad entrare nelle case della salute, e ad elevare la disciplina della medicina generale a livello accademico, attraverso una specializzazione universitaria. Una prospettiva che apre ad orizzonti di ricerca scientifica anche in questo ambito così direttamente connesso con la salute pubblica, in coerenza con l'antico giuramento che ancor oggi presta ogni medico: «*Giuro di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita*»⁷³.

⁶⁹ Sul punto, già dieci anni fa, Organizzazione Mondiale della Sanità, *Review of determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014. Cfr. al riguardo D. Morana, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *BioLaw Journal*, special issue n. 2, 2019, 398; L. Busatta, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi*, 26/2023, 36.

⁷⁰ C. Petrini, S. Gainotti, P. Requena, *Personalism for public health ethics*, cit., 207.

⁷¹ Un approccio che implica non già che il paziente riceva varie visite da parte di diversi professionisti, ma che questi ultimi collaborino previamente tra loro, scambiandosi i dati, la documentazione, le informazioni, e arrivino insieme a elaborare valutazioni e terapie personalizzate. Cfr. sul punto M. Bianchi, *Integrare le risorse umane. Dalla multiprofessionalità all'interprofessionalità*, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, cit., 101 ss. e ivi ampia bibliografia. Cfr. pure A. Favretto, *Dalle diadi alle costellazioni; considerazioni sulle pratiche multiprofessionali nei contesti sociosanitari*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018, 352.

⁷² Come ricorda R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, 470.

⁷³ Cfr. Giuramento professionale, Codice di deontologia medica (ispirato, com'è noto, al giuramento di Ippocrate, V sec. A.C.)

L'integrazione dei medici e dei pediatri di base nel SSN e la loro capacità di *lavorare in maniera integrata con gli altri professionisti* è insomma cruciale per affrontare la sfida dell'educazione, della prevenzione, dell'appropriatezza nella richiesta di accertamenti⁷⁴, nelle terapie e nei ricoveri ospedalieri e, specificamente, nell'uso dei farmaci. A quest'ultimo riguardo è utile considerare due dati particolarmente eloquenti: l'elevata resistenza agli antibiotici della popolazione italiana (tra le maggiori in Europa), determinata da un uso inappropriato degli stessi (a sua volta derivante da prescrizioni inopportune), con la mortalità che ne consegue⁷⁵, e il dato sulla spesa per farmaci equivalenti: sono le Regioni meridionali, paradossalmente, con reddito e potere di acquisto inferiore a quelle centro-settentrionali, a spendere più di tutte per i farmaci "di marca"⁷⁶.

5. Integrare: gli aspetti sociali e sanitari della cura; l'ospedale e il territorio; la missione 5 e 6 del PNRR; il Ministero della Salute e quello delle Politiche Sociali; il pubblico e il privato sociale

L'*integrazione* fra medici, infermieri, operatori sociosanitari, psicologi e assistenti sociali è poi indispensabile per garantire l'assistenza sociosanitaria e prendersi cura dei "grandi anziani", delle persone con fragilità, disabilità, non autosufficienza, malattie croniche e inguaribili. Anche in questo caso si tratta di un obiettivo che ci si propone da tanti decenni⁷⁷, e che tuttavia resta ancora un ideale tutto da realizzare. Si tratta di un grave dovere costituzionale, sia rispetto al diritto alla salute, sia rispetto al principio di uguaglianza, in base al quale si afferma la «pari dignità sociale» e «il pieno sviluppo della persona umana». Infatti, laddove le «condizioni personali e sociali» sono fragili, e la Repubblica non svolge il suo «compito» di rimuovere «gli ostacoli» (art. 3 Cost.), l'individuo rischia di rimanere isolato e identificato con la sua malattia e la sua vulnerabilità, anziché essere riconosciuto innanzitutto come una persona⁷⁸.

La tutela socioassistenziale si salda dunque necessariamente con quella sanitaria, senza presunte opposizioni fra l'una e l'altra: per rispondere ai bisogni di queste persone non basta, infatti, prescrivere una serie di prestazioni sanitarie (che una persona senza supporto, o con un familiare convivente altrettanto fragile, neppure riuscirebbe a prenotare), ma occorre la "presa in carico", la continuità assistenziale, il supporto nelle attività quotidiane; occorre

⁷⁴ Per la tendenza a prescrivere accertamenti diagnostici di dubbia appropriatezza clinica, anche indotta dalla c.d. medicina difensiva, che ingenera nei medici l'adozione di comportamenti volti a cautelarsi piuttosto che a perseguire il bene del paziente e l'uso ottimale delle risorse, venne adottato, da parte del Min. Salute, il D.M. 9 dicembre 2015, recante *Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale*. Cfr. sulla questione Corte cost., sent. n. 169/2017 e in dottrina P. Giangaspero, *Ancora una variazione sul tema di tecnica, scienza e diritto: indicazioni di erogabilità e appropriatezza terapeutica, diritto alla salute, prescrizioni mediche «in scienza e coscienza» e vincoli alle Regioni*, in *Le Regioni*, 1/2018, 133.

⁷⁵ OECD, *op. cit.*, 22.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ Ad esso allude già la l. n. 833/1978, seguita poi dalla l. n. 502/1992 e dal d.lgs.n. 229/1999.

⁷⁸ Cfr. al riguardo quanto osserva A. Pioggia, *Conclusioni*, in *Assistenza domiciliare integrata*, a cura di M.A. Sandulli, Editoriale scientifica, Napoli, 2020, 117.

inoltre contrastare l'isolamento e l'abbandono attraverso collegamenti intersettoriali tra le politiche sanitarie e sociali⁷⁹, con un sistema di rete interprofessionale⁸⁰.

Altrettanto indispensabile è l'*integrazione fra l'ambito sociosanitario e quello socioassistenziale*, di competenza dei Comuni e dei Municipi. Se infatti questi ultimi non si coordinano con i distretti e le amministrazioni sanitarie (ASL, USL, ASU, ATS, etc.), ad esempio attraverso i Piani di Zona⁸¹, le persone da assistere si ritrovano dinanzi ad una frammentarietà di servizi (sempre che ne conoscano l'esistenza), che spesso ne impedisce la fruizione. A ciò si aggiunga che le risorse e ai servizi connessi all'indennità di accompagnamento e/o assegni di invalidità sono, com'è noto, di competenza di un altro ente ancora, l'INPS, con la cui gravosa burocrazia dovrebbe pure interfacciarsi la persona fragile, anziana, disabile, etc.

Un'assistenza primaria territoriale effettiva è poi l'antidoto al ricorso inappropriato al Pronto Soccorso, carichi di richieste estranee alla loro funzione, come accertamenti, diagnosi e cure che i pazienti non riescono ad ottenere diversamente, ma che potrebbero effettuarsi altrove. Per superare queste criticità - e in particolare l'accesso in PS di codici bianchi o verdi - è indispensabile allora l'*integrazione fra l'ospedale e il territorio* e - occorre aggiungere - lo stesso *domicilio*, nella consapevolezza che è altissima la percentuale dei ricoverati che potrebbero essere assistiti a casa propria⁸².

Fra i tanti obiettivi del PNRR, tre sembrano quelli più utili a superare questa criticità: la Centrale Operativa Territoriale (COT), che dovrebbe coordinare e raccordare i diversi *setting* assistenziali, nonché interfacciarsi con la rete dell'emergenza-urgenza; gli «ospedali di comunità», che dovrebbero svolgere una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per favorire dimissioni protette in luoghi a bassa intensità assistenziale; il potenziamento della rete di cure palliative, che dovrebbero affiancarsi alle cure attive (*simultaneous care*),

⁷⁹ La «distinzione sostanziale» fra tutela della salute (art. 32 Cost.) e assistenza sociosanitaria (tutelata dall'art. 38 Cost.) sostenuta da G.M. Flick, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA, il "pericolo" dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2/2023, preoccupato per «lo scivolamento dalla sanità alla meno tutelante assistenza», e dai LEA (già specificati) ai LEP (indefiniti) non convince. L'integrazione è fondamentale per la tutela di quei soggetti malati che sono anche in condizione di emarginazione e/o povertà, ed è indispensabile per realizzare la continuità assistenziale e la prevenzione. La necessità di un'integrazione sociosanitaria è del resto consolidata nella comunità scientifica (cfr. ad es. E. Rossi, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti supreme e salute*, 2/2018; R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, ivi, 2/2020, 348; A. Banchemo, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, ivi, 393; P. Torretta, *Costituzione, non autosufficienza*, cit.) e presente nella legislazione fin dalla L. n. 328/2000 (anzi fin dalla stessa L. n. 833/1978). Negli ultimi anni vanno in questa direzione non solo la L. n. 33/2023 (su cui *infra*, § 6), ma anche il c.d. Decreto Rilancio (D.L. n. 34/2020, con le forme di sperimentazione di servizi territoriali previste in sede di conversione) e il DM 77/2022 del Min. salute, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*. Peraltro se si guarda al processo in corso, di determinazione dei LEP (inclusa la stessa "tutela della salute") e dei relativi costi e fabbisogni standard, a partire dalla legge di bilancio per il 2023 (commi 791-801 dell'art.1 della l. n. 197/2022), fino al disegno di legge del Governo "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione" approvato dal Senato il 23 gennaio u.s., l'obiettivo è non già la distinzione fra LEA e LEP, ma la volontà di determinarli e di identificarne il costo standard, condizione per quella perequazione cui si riferisce lo stesso art. 119 Cost., ancora inattuato (cfr. G.M. Salerno, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere*, cit., e A. Poggi, *Il regionalismo differenziato nella "forma" del d.d.l Calderoli*, cit.).

⁸⁰ Cfr. G. Facchinetti, *Conclusioni*, in *Accordi che curano*, a cura della stessa G. Facchinetti cit., 139.

⁸¹ Cfr. l'intervento di E. Megli, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, cit., 28-29.

⁸² Cfr. l'intervento di G. Capobianco, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, cit., 26-27.

controllare i sintomi e accompagnare il malato e la sua famiglia, non limitandosi all'ultimo tratto dell'esistenza⁸³. Strategica, a tal fine, è poi la digitalizzazione dei servizi, l'interoperabilità e la condivisione dei dati, il fascicolo sanitario elettronico⁸⁴.

Può osservarsi come siano, fra l'altro, le stesse «missioni» del PNRR a doversi integrare: infatti la missione 5 «inclusione e coesione» e quella 6, «salute», sono intrinsecamente collegate⁸⁵, ove si consideri che la prima prevede interventi in favore delle persone vulnerabili, la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, percorsi di autonomia per persone con disabilità, nonché una legge quadro sulla disabilità e una riforma per gli anziani non autosufficienti. Indica, inoltre, come soggetti attuatori, i Comuni in collaborazione con le Regioni, coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Per realizzare tutto ciò occorre poi anche una integrazione fra le politiche degli stessi Ministeri. È infatti necessario che le strategie e i linguaggi si accordino. Lo stesso vale, nelle Regioni, per gli Assessorati competenti per la salute e quelli per le politiche sociali, che dovrebbero fra loro interagire, mentre di fatto non esiste una programmazione congiunta⁸⁶. Adirittura in alcuni casi vi sono sistemi informatici che neppure comunicano fra loro⁸⁷, mentre andrebbe realizzata l'integrazione gestionale nei processi.

Indispensabile, per l'integrazione sociosanitaria, è poi un altro tipo di integrazione: quella fra pubblico e «privato sociale», fra lo Stato e le organizzazioni del Terzo Settore provenienti dalla società civile, cui «è riconosciuta una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell'interesse generale»⁸⁸. Il riferimento costituzionale è il principio di sussidiarietà (art. 118 Cost., ultimo comma), ma anche il modello cooperativo di cui all'art. 45 Cost., ossia la mutualità con finalità sociali senza fini di speculazione privata, cui si ispirano molte delle realtà che in Italia lavorano da anni nell'ambito sociosanitario⁸⁹.

Anche qui si percepisce una forte esigenza di coordinamento a livello nazionale, di una regia unica e di una «direzione centralizzata del sistema»⁹⁰. È lo stesso principio di sussidiarietà ad esigere che il livello maggiore di governo - lo Stato - pianifichi e programmi. E controlli,

⁸³ Da ultimo cfr. il Parere del Comitato Nazionale di Bioetica, *Cure palliative*, 14 dicembre 2023 (https://bioetica.governo.it/media/tbfmesys/p151_2023-cure-palliative.pdf) esorta a superare le barriere che ostacolano l'efficacia e la diffusione delle CP in alcuni contesti sanitari, come quello delle RSA e dei reparti ospedalieri di geriatria, «con conseguente aumento di ricoveri ospedalieri inappropriati, trattamenti che si rivelano gravosi a fronte di limitati benefici, insoddisfazione dei familiari, anche per carenze nelle strategie comunicative».

⁸⁴ Cfr. R. Miccù, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *Federalismi*, 5/2021.

⁸⁵ Cfr. sul tema R. Botti, *Le Funzioni Amministrative in Sanità (art. 118 Costituzione)*, in *Ripensare il Titolo V a vent'anni dalla riforma del 2001*, Convegno a cura della Rivista Federalismi, ISSIRFA-CNR, Osservatorio sui processi di governo, Roma 13-14 ottobre 2021 (abstract disponibili sul sito di ISSIRFA).

⁸⁶ Cfr. l'intervento di A. Mastromattei, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, cit., 29-31.

⁸⁷ Ad es. fra la Regione Lazio e il Comune di Roma, come denuncia L. Laurelli, in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, cit., 34-37.

⁸⁸ Corte cost., sent. n. 131/2020.

⁸⁹ Cfr. l'intervento di G. Milanese in *Accordi che curano*, a cura di G. Facchinetti, Atti del Workshop, cit., 20-23. Cfr. R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità*, cit., 350. Cfr. poi il Codice del Terzo Settore (d.lgs 117/2017), il cui art. 55 pone in capo ai soggetti pubblici il compito di assicurare il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore nella programmazione e nella progettazione degli interventi e dei servizi di interesse generale.

⁹⁰ M.A. Sandulli, *Introduzione*, in *Assistenza domiciliare integrata*, a cura di M.A. Sandulli, Editoriale scientifica, Napoli, 2020, 16.

altresì, che i soggetti erogatori accreditati abbiano i requisiti necessari per poter fornire assistenza di qualità. La quale, a sua volta, non può essere tale senza tariffe adeguate.

6. Un passo nella giusta direzione: la legge delega per gli anziani non autosufficienti. Il primo decreto legislativo

Un passo nella giusta direzione è certamente rappresentato dalla legge di delega per l'assistenza agli anziani non autosufficienti⁹¹, che manifesta sia la volontà di assumere finalmente una regia nazionale in ambito sociosanitario, sia l'orientamento verso un approccio integrato alla cura della persona, la quale è il soggetto attorno cui devono ruotare i servizi (e non viceversa)⁹².

Integrando le missioni 5 e 6 del PNRR⁹³, nonché l'azione politica più Ministeri, attraverso il CIPA⁹⁴, viene innovata la *governance* del sistema, con la costituzione di un Sistema Nazionale per gli Anziani non Autosufficienti (SNAA) in grado di collegare Stato, Regioni e Comuni. Si prevede, inoltre, un Punto Unico di Accesso (PUA), che faciliti gli utenti disorientati dalla frammentazione e dalla burocrazia⁹⁵.

Rispetto all'*integrazione* fra diverse professionalità e alla continuità assistenziale fra più *setting* di cura (domicilio, strutture di prossimità ospedale di comunità, ospedale), spicca inoltre, fra i principi e criteri direttivi, la «promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un continuum di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare»⁹⁶, con l'obiettivo di pervenire ad un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Si tratta di una riforma largamente condivisa e attesa da tempo⁹⁷, che segna il passaggio da una logica di tipo prestazionale ad una logica della presa in carico della persona.

⁹¹ Legge 23 marzo 2023, n. 33, recante *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*. Su cui, da ultimo, P. Torretta, *Costituzione, non autosufficienza*, cit., 211.

⁹² Verso tale modello già il D.L. n. 34/2020 (c.d. "rilancio" conv. nella L. n. 77), adottato per fronteggiare la pandemia, aveva previsto in tutte le Regioni delle USCA multidisciplinari, con la presenza di medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali, con l'obiettivo di prendere in carico i pazienti presso il proprio domicilio o in strutture di prossimità.

⁹³ Emblematica la definizione degli «ambiti territoriali sociali (ATS)» quali soggetti giuridici che garantiscono, per conto degli enti locali titolari, lo svolgimento omogeneo sul territorio di propria competenza di tutte le funzioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle famiglie e alle persone, anche ai fini dell'attuazione dei programmi previsti nell'ambito della Missione 5, componente 2, riforma 1.2, del PNRR e in raccordo con quanto previsto dal DM Min. salute n. 77/2022, *Regolamento recante la definizione dei modelli e degli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale*, in attuazione della Missione 6 (art. 1, legge cit.)

⁹⁴ La legge (art. 2) istituisce il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri, composto dai Ministri del lavoro e delle politiche sociali, della salute, per le pari opportunità e la famiglia, per le disabilità, degli affari regionali, dell'economia e delle finanze o loro delegati

⁹⁵ Già indicato dal DM del Min. della salute 77/2022.

⁹⁶ Art 2, Legge cit.

⁹⁷ Cfr. già il documento recante *Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale di Assistenza Anziani*, 1° marzo 2022, elaborato da organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Di fronte, però, allo schema del primo decreto legislativo di attuazione sono arrivate alcune critiche⁹⁸. Si è lamentato lo smarrimento del principio-guida originario, ossia l'integrazione fra LEA e LEP, i servizi di salute e quelli sociali, poiché la programmazione integrata (lo SNAA) avrebbe abbandonato l'insieme (il *mix* sanitario e sociale) per riferirsi ai soli servizi e interventi sociali⁹⁹. Rispetto all'assistenza domiciliare integrata, si è criticata, all'opposto, una certa perdurante focalizzazione sulle prestazioni sanitarie offerte dalle ASL, senza la dovuta attenzione alla non autosufficienza, e quindi ai servizi di informazione, consulenza e sostegno psicologico per i familiari¹⁰⁰. Ancora, si è detto che la «prestazione universale» - ossia la misura da avviarsi in via sperimentale dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026 rivolta ad anziani che non superino un certo ISEE¹⁰¹ - universale non è, «configurandosi come un diritto solo per i più poveri»¹⁰².

In sede di Conferenza unificata, per l'acquisizione del parere sullo schema del decreto, le Regioni hanno chiesto al Ministero un tavolo congiunto di monitoraggio per la stabilizzazione delle risorse oltre il 2026, mentre l'ANCI ha rimarcato la necessità di risorse finanziarie aggiuntive e strutturali dirette ai Comuni, per garantire la piena attuazione della riforma¹⁰³.

Il tema dei bisogni sanitari, sociosanitari e sociali e del loro finanziamento accompagnerà del resto il prossimo futuro, specie in un Paese come il nostro, fortemente indebitato, contrassegnato da un forte declino demografico e dall'invecchiamento della popolazione.

In un contesto di risorse scarse e bisogni crescenti, è allora molto importante orientarsi verso un approccio realistico, basato sui dati. I quali mostrano, ad esempio, che le persone over 65 con limitazioni funzionali che necessitano di supporto sociosanitario sono 3,9 milioni, e che il sistema pubblico riesce a farsi carico solo di 1,1 milioni, con una copertura del 28%¹⁰⁴. In base alle stime Istat si prevedono poi 21 milioni di occupati a fronte di 17 milioni over 65¹⁰⁵, mentre le famiglie, che al momento, nella stragrande maggioranza dei casi, sono quelle che si occupano degli anziani¹⁰⁶, sono sempre più frammentate.

Come offrire, dunque, servizi sociali e sanitari di qualità in un ordinamento in cui è sempre più accentuato lo squilibrio? Sarà ancora possibile, in futuro, rivendicare prestazioni universali e denunciare che taluni servizi si configurino come diritto (gratuito) solo per i più poveri?

⁹⁸ Lo schema di decreto è stato approvato in Consiglio dei Ministri il 25 gennaio 2024.

⁹⁹ C. Gori, *Assistenza agli anziani: fatto il decreto manca ancora la riforma*, su *Lavoce.info*, 1° febbraio 2024.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ *Ibidem*. Cfr. sul punto anche C. Ranci, *La riforma tradita: la nuova prestazione universale*, in *Lavoce.info*, 1° febbraio 2024, che critica la sperimentazione cui si riferisce il decreto legislativo.

¹⁰² C. Ranci, *op. cit.*

¹⁰³ Cfr. per i dettagli <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-02-29/anziani-decreto-graziato-conferenza-unificata-intesa-non-c-e-ma-si-sblocca-testo-il-cdm-164119.php?uuid=AFZOF9u> (accesso il 1° marzo 2024)

¹⁰⁴ 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care, G. Fosti, F. Longo, E. Notarnicola, E. Perobelli (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care*, Egea, Milano, 2023.

¹⁰⁵ ISTAT, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*, anno 2019, 2021 (www.istat.it)

¹⁰⁶ Cfr. Commissione Igiene e sanità del Senato, *Sostenibilità del S.S.N.*, 2018, da cui emerge che l'Italia è il Paese OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili.

Rispetto a queste domande, è oggi più che mai necessario fare chiarezza sui bisogni e sulle risorse pubbliche a disposizione, per meglio garantire il principio di uguaglianza, che richiede, a volte, «norme diverse per regolare situazioni che esso considera diverse, adeguando così la disciplina giuridica agli svariati aspetti della vita sociale, anche al fine di conseguire i risultati additati dal secondo comma dello stesso art. 3»¹⁰⁷. Per non dimenticare che la salute e l'assistenza sociale non sono prerogativa dei ricchi e dei sani, ma diritto di ogni persona, inclusi quegli indigenti cui la Costituzione promette cure gratuite¹⁰⁸. I quali dovrebbero essere prima attentamente individuati e poi adeguatamente supportati, come richiede il principio di solidarietà¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Corte cost., sent. n. 28/1957, *supra*, § 2.

¹⁰⁸ Sulla nozione di indigenza, e sulla sua assolutezza o relatività, D. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, cit., 91 ss., la quale richiama l'attenzione sul fatto che attualmente le forme di compartecipazione risultano per lo più «indipendenti dal reddito dell'assistito, o comunque non adeguatamente e progressivamente paramtrate ad esso», ferma restando l'esenzione per chi risulti essere indigente, «determinando così l'accentuazione delle disuguaglianze tra i titolari del diritto alle cure».

¹⁰⁹ Cfr. A. Poggi, *I diritti delle persone*, cit., 82-86.