

The commodification of health care. Salute, mercato ed equità nel sistema sanitario inglese

Lucia Busatta*

THE COMMODIFICATION OF HEALTH CARE. HEALTH, MARKET AND EQUITY IN THE ENGLISH NATIONAL HEALTH SERVICE

ABSTRACT: In the 70th anniversary of the foundation of the National Health Service (NHS), the essay aims at tackling the most important features of universalism in the granting of healthcare. Both Italy and the UK chose to adopt a public health service based on the principle of solidarity and equity in access to services. In England, a deep reform has profoundly changed the face of the NHS, bringing market into health services. After analysing the criticalities of the 2012 Act, the article addresses the problems that Brexit will signify for the granting of services within the NHS. The paper concludes suggesting that the enforcement of the principle of solidarity, in the light of Sir William Beveridge's original project could serve the scope to help the NHS to face the sustainability crisis it is passing through.

KEYWORDS: National Health Service; right to healthcare; resource allocation; Brexit; solidarity

SOMMARIO: 1. I sistemi sanitari universalistici: origini e anniversari – 2. Il servizio sanitario inglese: la difficile realizzazione del sogno di sir William Beveridge – 3. *The commodification of healthcare*: la riforma del 2012 e le difficoltà della sanità inglese – 3.1. I tratti essenziali della riforma sanitaria del 2012 – 3.2. Le criticità e gli obiettivi mancati – 4. Le prossime sfide per la sanità inglese: tra Brexit e spinte anti-solidaristiche – 5. Conclusioni: la sostenibilità della salute, tra solidarietà e identità Introduzione.

1. I sistemi sanitari universalistici: origini e anniversari

Mentre, nel 2018, nel nostro Paese si celebravano i settant'anni della Costituzione repubblicana e il quarantesimo anniversario del Servizio sanitario nazionale, in Inghilterra il National Health Service (NHS) compiva i suoi primi sette decenni di vita¹.

Il servizio sanitario universalistico d'Oltremania, la cui cifra essenziale consta nella garanzia di eguaglianza in punto d'accesso alle prestazioni mediche e nella tendenziale gratuità delle stesse, si finanzia attraverso il sistema fiscale ed è, quindi, ispirato ad una logica solidaristica, in base alla quale ciascuna persona contribuisce, per mezzo della tassazione generale, al finanziamento del sistema sanitario che, a sua volta, redistribuisce le risorse secondo i bisogni individuali in forma di prestazioni sanitarie.

* *Assegnista di ricerca, Università degli Studi di Padova. E-mail: lucia.busatta@unipd.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.*

¹ In argomento v. G. MACIOCCO, *I 70 anni del NHS*, in *Saluteinternazionale.info*, 28 maggio 2018.

Tale sistema, come è noto, è servito da modello per il legislatore italiano che nel 1978 ha dato diretta attuazione, attraverso la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978), ai principi personalistico, di eguaglianza e di solidarietà nella garanzia del diritto costituzionale alla salute. L'abbandono del sistema mutualistico a favore di quello universalistico fu, però, un'ipotesi valutata già durante i lavori dell'Assemblea costituente. All'epoca, tuttavia, non si raggiunse il consenso necessario a consentire l'inserimento di un riferimento alle caratteristiche proprie del sistema sanitario all'interno del testo dell'art. 32 della Costituzione². Ciononostante, gli ideali e i principi su cui si fonda la scrittura della norma costituzionale sul diritto alla salute testimoniano la volontà di imprimere un netto stacco rispetto all'esperienza precedente, anche in termini di assistenza sanitaria³. Dalla convergenza tra i principi su cui si regge il nostro testo costituzionale, non si può che dedurre che la miglior attuazione possibile della tutela del diritto alla salute non può che realizzarsi per mezzo di un servizio sanitario universalistico⁴. Era questa l'idea dei costituenti, i quali, peraltro, conoscevano bene la coeva esperienza dell'Inghilterra, ove il 6 novembre 1946 era stato approvato il National Health Service Act e ci si accingeva ad attuare la riforma sanitaria universalistica, che entrò poi in vigore il 5 luglio 1948.

Anche sulla scia di questo intreccio di ricorrenze e di principi, dunque, è importante prendere in esame, proprio a partire dalle sue prime fasi di vita, i tratti essenziali del servizio sanitario universalistico inglese⁵, il suo affermarsi quale modello di equità anche oltre i confini europei e le criticità che

² Bisogna però sottolineare che le obiezioni più forti riguardavano il fatto che l'organizzazione del sistema sanitario e la sua struttura non fossero una questione da far rientrare nel nuovo testo costituzionale, essendo piuttosto considerate quali problematiche di natura amministrativa. Alcune obiezioni giunsero, poi, anche in riferimento al rapporto tra centro e periferia e alle difficoltà che sarebbero potute derivare, in termini di rapporti tra Stato, Regioni ed Enti locali, nel caso in cui l'organizzazione sanitaria fosse stata riservata in via esclusiva ad uno degli enti territoriali costitutivi della Repubblica. Si veda, a riguardo, l'intervento dell'on. Corbino durante la seduta del 24 aprile 1947: «Credo che noi non possiamo vincolare l'ordinamento sanitario del Paese per tutta la durata della Costituzione alla determinazione di un organo centrale e alla determinazione della competenza degli organi locali. In qualsiasi compito dello Stato sorge un problema di coordinamento al centro e di distribuzione capillare alla periferia». In argomento, anche per ulteriori riferimenti, cfr. R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 22 ss. e 55 ss.

³ Significativo, a riguardo è l'intervento dell'on. Cavallotti, durante i lavori dell'Assemblea costituente (seduta del 22 aprile 1947), il quale a riguardo cita proprio la coeva esperienza inglese: «Io direi che è sostanzialmente uno: quello di garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà. Badate, che il concetto assicurativo ha ancora in sé qualche cosa di egoistico. Il concetto di solidarietà è qualche cosa di molto più avanzato del concetto assicurativo, perché esso pretende una fusione fra classe e classe, fra categoria e categoria, fra sano ed ammalato. Se noi vogliamo dare uno sguardo panoramico mondiale alla situazione, possiamo vedere come la questione è stata risolta dalle altre Nazioni, come questo problema della salute è stato risolto, perché, non si sta male soltanto in Italia. (...) guardiamo pure verso occidente, guardiamo all'Inghilterra, per esempio. Questo paese ha creduto di risolvere, o ha risolto, il problema della salute del suo popolo, costituendo un servizio sanitario nazionale e cioè mettendo tutti i sanitari a servizio dello Stato».

⁴ Circa il legame tra realizzazione del diritto alla salute e sistema sanitario si consentito rinviare a L. BUSATTA, *La salute sostenibile*, Torino, 2018, in particolare 8 ss.; recentemente anche G. BIANCO, *Persona e diritto alla salute*, Milano, 2018, 151 ss.; in termini più ampi si veda anche R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, *passim*; A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e Sanità*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di Biodiritto*, IV, Milano, 2010, 153 ss.; R. BALDUZZI, G. CARPANI, *op. cit.*

⁵ Bisogna subito precisare che, per effetto della *devolution*, nel Regno Unito si distinguono oggi quattro differenti sistemi sanitari, uno per ciascuno dei territori "devoluti", ossia Inghilterra, Scozia, Irlanda del Nord e Gal-

sta oggi attraversando. Queste ultime, in particolare, si dimostrano paradigmatiche di alcune difficoltà che accomunano gli ordinamenti occidentali e possono perciò fornire, anche in prospettiva comparata, un'utile lezione sugli strumenti a disposizione dei contemporanei sistemi giuridici democratici per fronteggiare la complessità di momenti di crisi che coinvolgono diverse dimensioni del vivere sociale.

L'orientamento verso politiche improntate sempre più a logiche di mercato, così come la strumentalizzazione che i tratti identitari del sistema sanitario hanno avuto nel dibattito pre-referendario sulla Brexit forniscono, da questo punto di vista, una valida rappresentazione di alcune significative problematiche che la garanzia del diritto alla salute attraversa nel mondo contemporaneo. In primo luogo, tali dinamiche evidenziano la difficile sostenibilità (non solo) economica di un sistema sanitario interamente pubblicistico, profilo che determina la necessità di interventi normativi che sappiano temperare le esigenze di adeguatezza nella risposta ai bisogni alle complessità della gestione dei rapporti tra pubblico e privato in un servizio pubblico strategico tanto per la popolazione quanto per i governanti. In secondo luogo, il vento nazionalista e anti-europeista che sta sferzando il vecchio continente trova, negli scricchiolii del principio solidaristico, nelle politiche di austerità imposte dalla crisi economica globale e negli inevitabili mutamenti sociali derivanti dai flussi migratori anche intra-europei una importante spinta alimentatrice che si misura sulla garanzia dei diritti sociali e, in modo particolare, nel settore sanitario.

2. Il servizio sanitario inglese: la difficile realizzazione del sogno di sir William Beveridge

Proprio nel periodo in cui il secondo conflitto mondiale raggiungeva la propria acme, nel novembre del 1942, sir William Beveridge presentava al Parlamento un documento dal titolo *Social Insurance*

les. Nonostante essi siano accumulati dall'impianto originario di matrice universalistica, nel corso dei due decenni dall'attuazione dell'«assetto istituzionale diversificato» (A. ZORZI GIUSTINIANI, *La metamorfosi dello Stato unitario: "décentralisation" francese e "devolution" britannica a confronto*, in *Le Regioni*, 2-3, 2006, 312), l'organizzazione sanitaria è andata progressivamente differenziandosi a livello territoriale. Il presente scritto avrà principalmente ad oggetto il sistema sanitario inglese e la relativa riforma del 2012. In termini generali, sulla *devolution* cfr. N. BURROWS, *Devolution*, Londra, 2000; P. LEYLAND, *L'esperienza della devolution nel Regno Unito: uno sconvolgimento dell'assetto costituzionale?*, in *Le Regioni*, 2, 2000, 341; A. TORRE, «On devolution». *Evoluzione e attuali sviluppi delle forme di autogoverno nell'ordinamento costituzionale britannico*, in *Le Regioni*, 2, 2000, 203; A. TORRE, *La devolution dei poteri, nuovo punto di accesso all'Unione europea? Note per una ricerca sul caso britannico*, in M. SCUDIERO (a cura di), *Il diritto costituzionale Comune europeo*, I, II, Napoli, 2002, 729; I. RUGGIU, *Devolution scozzese quattro anni dopo: the bones... and the flesh*, in *Le Regioni*, 5, 2003, 737; A. Torre (a cura di), *Processi di devolution e transizioni costituzionali negli Stati Uniti (dal Regno Unito all'Europa)*, Torino, 2007; S. PAROLARI, *Il Regionalismo inglese: the dark side of devolution*, Padova, 2008. Sull'impatto della *devolution* sull'organizzazione sanitaria si vedano, *inter multis*, L. COLIN, *The NHS after devolution. Will have an even sharper focus on health inequalities*, in *British Medical Journal*, 318, 1999, 1155; S.L. GREER, *Four Way Bet: How devolution has led to four different models for the NHS*, Londra, 2004, *passim*; S.E. MASLIN-PROTHERO, A. MASTERTON, K. JONES, *Four parts or one whole: The National Health Service (NHS) post-devolution*, in *Journal of Nursing Management*, 16, 2008, 662 ss.; C. CASONATO, C. PICIOCCHI, *Devolution, Diritti, Identità: la tutela della salute tra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria: spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, 2009, 51 ss.

and Allied Services. Si trattava di un dossier di vasto spettro, commissionato al parlamentare da parte del primo ministro Churchill, con lo scopo di mappare l'intero settore della sicurezza sociale in Inghilterra e di proporre raccomandazioni sul miglioramento dei servizi e sugli accorgimenti da adottare nella fase della ricostruzione che sarebbe seguita al conflitto⁶.

In un corposo rapporto vennero quindi tracciati i tratti essenziali di quello che sarebbe divenuto il modello pubblico di sanità e di sicurezza sociale d'Oltremania, che negli anni a seguire si impose anche quale modello per ogni altro ordinamento che scelse di abbracciare il sistema sanitario universalistico⁷.

Il Beveridge Report si fonda su di una triade di principi guida dal contenuto tanto semplice quanto di complessa realizzazione. In primo luogo, proprio l'esperienza della guerra è indicata quale occasione di rivoluzione, di profonda riconsiderazione dei punti di riferimento, per il miglioramento dell'esperienza umana («A revolutionary moment in the world's history is a time for revolutions, not for patching»). In secondo luogo, la riorganizzazione della sicurezza sociale del Paese viene considerata quale opportunità per costruire una politica onnicomprensiva di progresso sociale. In questo senso, un solido sistema di sicurezza sociale rappresenta la prima arma contro uno dei «cinque giganti sulla strada della ricostruzione», il Bisogno. Gli altri quattro vengono identificati nella Malattia, nella Ignoranza, nella Miseria e nell'Indolenza⁸.

In terzo luogo, infine, si sottolinea l'irrinunciabilità di una cooperazione tra Stato e individuo: l'apparato pubblico deve offrire un sostegno concreto alla persona, senza però comprimere il senso di responsabilità, le opportunità e gli incentivi. L'individuo, pur protetto dalla garanzia di un minimo esistenziale da parte dello Stato, deve poter essere messo nelle condizioni di agire per migliorare lo stato di benessere proprio e della propria famiglia.

Con specifico riguardo alla sanità e alla tutela della salute, si prevede che ciascun cittadino abbia diritto all'assistenza medica da parte di un servizio sanitario nazionale, istituito presso il Ministero della Salute. Si tratta della prima teorizzazione di un sistema sanitario universalistico, basato sulla fiscalità generale e capace di garantire un accesso equo ai servizi a ciascuna persona, indipendentemente dal suo reddito o dalla propria condizione sociale.

L'impostazione e la logica alla base di un sistema così impostato si possono ben comprendere se si tengono in considerazione il peso e l'influenza che la drammatica (e ancora viva) esperienza delle devastazioni provocate dalla guerra possano aver esercitato sul disegno di un'assistenza sanitaria universalistica. Presupposto necessario per garantire il funzionamento del sistema è il dato contributivo: ogni cittadino deve partecipare, secondo le proprie capacità reddituali, al sistema fiscale. Redistribuire in modo solidaristico gli introiti, seguendo la logica della risposta ai bisogni della popolazione, sarà, poi, compito delle istituzioni statali e di un efficace apparato amministrativo.

⁶ Per alcune note, dell'epoca, sul lavoro della Commissione presieduta da Beveridge, cfr. L. WOLMAN, *The Beveridge Report*, in *Political Science Quarterly*, 58, 1943, 1 ss.

⁷ W. BEVERIDGE, *Social Insurance and Allied Services*, report to Parliament, novembre 1942.

⁸ Vale la pena di citare il passaggio letterale in inglese del report, per il vigore comunicativo che esso esprime: «[...] Social insurance fully developed may provide income security; it is an attack upon Want. But Want is one only of five giants on the road of reconstruction and in some ways the easiest to attack. The others are Disease, Ignorance, Squalor and Idleness». W. BEVERIDGE, *op. cit.*, 6.

Nonostante le raccomandazioni espresse nel Beveridge Report possano apparire utopistiche, soprattutto in considerazione del contesto storico e sociale nel quale venivano pubblicate, il Parlamento di Westminster non indugiò nel cercare di dare ad esse attuazione, almeno per la parte dedicata all'assistenza medica⁹. Il 7 novembre del 1946 veniva quindi approvato il National Health Service Act, fondato sull'idea di Beveridge per cui un servizio sanitario tendenzialmente gratuito e accessibile a tutti avrebbe contribuito alla costruzione della libertà individuale e al benessere dell'intero corpo sociale¹⁰. L'atto normativo – fatta salva l'indicazione di alcuni principi di carattere generale per l'accesso individuale ai servizi per la salute – si incentra principalmente sugli strumenti di carattere organizzativo e amministrativo volti a realizzare un'equa distribuzione delle risorse sul territorio e tra gli utenti. A tal fine, viene disegnato un sistema molto articolato che si fonda su un intenso decentramento territoriale.

Proprio quest'ultimo elemento rappresenta il perno intorno al quale hanno ruotato le principali riforme che negli anni si sono susseguite, fino ad arrivare al più contestato intervento del 2012, approvato dopo un lunghissimo periodo di gestazione.

3. The commodification of healthcare: la riforma del 2012 e le difficoltà della sanità inglese

Con il termine *commodification* si fa comunemente riferimento ad un procedimento di mercificazione o di privatizzazione che, nel caso della sanità, sta caratterizzando molti sistemi sanitari, stretti tra le ristrettezze imposte dalla limitatezza delle risorse pubbliche a disposizione e i crescenti costi delle prestazioni e delle tecnologie sanitarie¹¹. Proprio la ricerca di una migliore sostenibilità economica dei servizi per la salute ha portato il legislatore inglese, nel 2012, ad adottare una profonda riforma dell'organizzazione sanitaria, che ha aperto in modo decisivo l'approvvigionamento dei servizi e delle prestazioni sanitarie al mercato privato¹².

⁹ G. PERAZZOLI, *Contro la miseria*, Roma-Bari, 2014, 22 ss., ove si dà anche conto della circolazione del documento in altri Paesi europei, fra i quali l'Italia.

¹⁰ Appare molto suggestiva, a tal proposito, la "lettura" del NHS Act proposta da una prospettiva statunitense: *Safeguards for the Rights of Patient and Doctor under a National Health Program. The British National Health Service Act of 1946*, in *The Yale Law Journal*, 60, 1951, 1157 ss.

¹¹ L'espressione è diffusamente utilizzata in letteratura. Con specifico riguardo al contesto statunitense e alle implicazioni di carattere etico e relazione della mercificazione della sanità cfr. E.D. PELLEGRINO, *The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic*, in *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 24, 1999, 243 ss. In argomento v. anche A. PETERSEN, S. HENDERSON, *Consuming health: the commodification of health care*, London-New York, 2009; I. CHRISTIANSEN, *Commodification of Healthcare and Its Consequences*, in *World Review of Political Economy*, 8, 2017, 82 ss.

¹² Si tratta di un percorso che ha visto il suo esordio con le riforme poste in essere durante il periodo thatcheriano e culminato con l'approvazione nel 1990 del *National Health Service and Community Care Act*, con cui è stato introdotto il concetto di mercato interno, *internal market*, volto ad aumentare la qualità e l'efficienza dell'NHS tramite l'introduzione di principi di competizione tipici del libero mercato. Si tratta di un modello che vede da una parte i *purchaser*, composti dai *General Practice Fundholding* (i medici di base) e gli *Health Authority*, che fungono da "acquirenti" dei servizi sanitari a nome dei loro pazienti, e dall'altra i *provider*, gli ospedali (NHS Trust), organizzati come strutture semi-indipendenti, con l'obiettivo di fornire i servizi sanitari richiesti dai *purchaser*. Cfr. M. GORSKY, *The British National Health Service 1948–2008: a review of the historiography*, in *Social History of Medicine*, 21, 2008, 437 ss. Sull'evoluzione del NHS, anche con riguardo alle

La legge denominata Health and Social Care Act venne approvata in via definitiva dal Parlamento di Westminster nel marzo 2012, dopo anni di intenso e divisivo dibattito¹³. Il testo normativo ottenne il Royal Assent il 27 marzo 2012 ed entrò in vigore il 1° aprile 2013¹⁴.

Le ragioni che resero tanto complesso il percorso di approvazione del progetto di riforma del servizio sanitario inglese e che coincidono con le principali criticità rilevate anche all'indomani della sua approvazione risiedono principalmente nel sostanziale snaturamento dell'universalismo che, dal secondo dopoguerra in poi, aveva costituito la linfa della sanità inglese. Nonostante alcune forme di moderata e parziale privatizzazione della sanità inglese fossero state portate avanti anche negli anni precedenti, a partire dagli anni thatcheriani, è con quest'ultimo intervento normativo che il principio universalista sembra essere messo maggiormente alla prova¹⁵. L'obiettivo di garantire una migliore tenuta economica dell'organizzazione sanitaria d'Oltremania, in altre parole, ha condotto ad una graduale trasformazione dell'assetto del NHS che, per effetto della riforma del 2012, presenta oggi un carattere ibrido: se la logica della risposta ai bisogni della popolazione rappresentava, prima (in linea con il progetto di Sir Beveridge), l'anima del servizio, le austerità imposte dalla crisi economica globale e la progressiva difficoltà di far fronte ai crescenti costi delle tecnologie e delle prestazioni mediche hanno portato il legislatore a rimaneggiare la "macchina" della sanità¹⁶.

3.1. I tratti essenziali della riforma sanitaria del 2012

Pur non avendo completamente perso la propria struttura universalistica, il perno del sistema sanitario ruota oggi intorno al concetto di razionamento delle risorse e della loro allocazione, secondo uno schema fondato su evidenti logiche di mercato.

Senza poter entrare, in questa sede, nei singoli dettagli della riforma (che richiederebbero una completa ricostruzione del sistema attuale in raffronto con l'archetipo organizzativo precedente¹⁷), sia

riforme degli anni Ottanta, Novanta e seguenti, cfr. R. LOWE, *The Welfare State in Britain since 1945*, III ed. Basingstoke, 2005, *passim*.

¹³ Si pensi che i primi documenti che presentavano il progetto di riforma sanitaria sono stati pubblicati nel 2010, all'indomani delle elezioni del 6 maggio 2010, che consegnarono la maggioranza dei seggi parlamentari al partito conservatore allora guidato da David Cameron. Cfr. DEPARTMENT OF HEALTH, *Equity and excellence: Liberating the NHS. Presented to Parliament by the Secretary of State of Health by Command of Her Majesty*, July 2010. Sul punto v. A.C.L. DAVIES, *This Time, it's for Real: The Health and Social Care Act 2012*, in *The Modern Law Review*, 76, 2013, 564 ss.

¹⁴ Il testo e l'iter legislativo sono consultabili all'indirizzo web <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents>.

¹⁵ Per una puntuale ricostruzione delle riforme sanitarie che hanno caratterizzato il NHS cfr. M. GORSKY, *op. cit.*

¹⁶ Esprime alcune criticità riguardo agli strumenti utilizzati per far fronte a queste oggettive criticità, soprattutto con riguardo ai servizi per la salute mentale, N. GLOVER-THOMAS, *The Health and Social Care Act 2012: The emergence of equal treatment for mental health care or another false dawn?*, in *Medical law international*, 13, 2013, 279 ss.

¹⁷ Per alcuni più completi riferimenti sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La salute sostenibile*, Torino, 2018, in particolare 110 ss. Si vedano anche S. CIVITARESE MATTEUCCI, *La riforma del NHS inglese. Evoluzione o rivoluzione?*, in A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Santarcangelo di Romagna, 2011, 167-190; A.C.L. DAVIES, *op. cit.*, 564 ss.; V. CHICO, T. HERVEY, R. STIRTON, A. WARREN-JONES, *Markets and Vulnerable Patients: Health Law After the 2012 Act*, in *Medical Law Review*, 22, 2014, 157 ss.; M. EXWORTHY, R. MANNION, M. POWELL, *Dismantling the NHS?: Evaluating the Impact of Health Reforms*, Bristol, 2016.

consentito illustrare brevemente il fulcro dell'intervento normativo. Sino al 2012, la responsabilità per l'allocazione delle risorse finanziarie destinate dal Governo alla sanità restava in capo alle Strategic Health Authorities e ai Primary Care Trusts, gli enti amministrativi che a livello territoriale garantivano le prestazioni sanitarie, individuando le priorità e distribuendo le risorse¹⁸. Con la riforma del 2012 tali organismi sono stati sostituiti dai Clinical Commissioning Groups (CCGs), consorzi di medici di famiglia, ai quali è attribuito il compito di decidere sulle priorità cliniche, sull'allocazione delle risorse nel NHS e sull'approvvigionamento dei servizi necessari, anche avvalendosi del libero mercato¹⁹.

Il principale aspetto problematico – sotto il profilo della garanzia dell'universalismo e della sostenibilità complessiva dell'accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli utenti – risiede nel fatto che tali consorzi non sono enti amministrativi, a differenza dei soggetti precedenti. Ad essi è affidata la gestione della gran parte dei fondi sanitari che servono per la garanzia della sanità di base, delle cure specialistiche, ospedaliere e domiciliari, commissionate a *providers* sulla base di accordi stipulati direttamente dal singolo CCG.

Di fatto, per effetto della riforma, i fornitori di servizi sanitari, pubblici o privati, sono posti sullo stesso livello, poiché il HSC Act 2012 (artt. 81-110) ha previsto il requisito della licenza al fine di essere individuati quali *providers* e poter ricevere, quindi, la commissione da parte del CCG per la realizzazione della prestazione sanitaria di secondo livello. La principale criticità di questo sistema risiede nel fatto che i CCG, pur dovendosi attenere alle linee guida cliniche nazionali elaborate dal National Institute for Clinical Excellence (NICE)²⁰ e pur dovendo rispettare alcuni parametri stabiliti dal legislatore, hanno una sostanziale libertà di decisione nell'allocazione delle risorse loro attribuite e nella scelta dei fornitori.

A questo profilo si aggiunge un ulteriore elemento: mentre in precedenza i Primary Care Trusts erano enti amministrativi responsabili per la garanzia di prestazioni sanitarie per tutta la popolazione resi-

¹⁸ Le *Strategic Health Authorities* erano organismi amministrativi territoriali, responsabili per l'attuazione delle direttive e degli indirizzi di politica fiscale impartiti a livello regionale dal Ministero della Salute.

I Primary Care Trusts erano organismi amministrativi territoriali del National Health Service, equivalenti alle nostre Aziende Sanitarie Locali. Esse erano responsabili per la gestione dei servizi sanitari primari, secondari e di comunità, individuando i bisogni sanitari nell'area di competenza e decidendone le priorità. Complessivamente, essi gestivano circa l'80 % del fondo sanitario. Per un efficace ritratto della configurazione del NHS prima della riforma del 2012 v. J. HERRING, *Medical Law and Ethics*, Oxford, 2012, 42 ss.

¹⁹ Secondo quanto previsto dall'art. 10 del Health and Social Care Act 2012, a Clinical Commissioning Groups è affidata «the function of arranging for the provision of services for the purposes of the health service in England in accordance with this Act». Sostanzialmente, essi sono responsabili per l'allocazione delle risorse sanitarie nel NHS e per la loro realizzazione a livello territoriale. Per alcuni dati e ulteriori dettagli su questa riforma cfr. D.I. BENBOW, *Juridification, new constitutionalism and market reforms to the English NHS*, in *Capital and Class*, giugno 2018, in particolare 9 ss.

²⁰ Il National Institute for Clinical Excellence (NICE) è autorità sanitaria, istituita nel 1999, con il compito di monitorare le prestazioni sanitarie erogate a livello locale e puntare a ridurre le differenze territoriali nell'accesso alle cure per gli utenti del NHS. A tal fine, l'autorità emana linee guida e raccomandazioni per orientare i Primary Care Trusts (prima) e i Clinical Commissioning Groups (oggi) nella garanzia dei servizi sanitari e nella previsione delle priorità e dei criteri allocativi. Sul ruolo di NICE all'interno del sistema sanitario inglese cfr., *inter multis*, S. SMITH, *NICE: a panacea for the NHS?*, in *British Medical Journal*, 318, 1999, 823 ss.; K. SYRETT, *Nice work? Rationing, Review and the "legitimacy problem" in the new NHS*, in *Medical Law Review*, 2002, 10, 1.

dente nel territorio di competenza, ora i Clinical Commissioning Groups possono destinare le risorse e le decisioni solamente agli utenti del NHS iscritti alla lista dei pazienti del medico di medicina generale appartenente al consorzio, con l'evidente esclusione di coloro che non risultano iscritti al servizio e con inevitabili e rilevanti disparità territoriali nella garanzia delle prestazioni sanitarie²¹.

Questi brevi cenni alle caratteristiche principali della riforma sanitaria del 2012 consentono di comprendere per quale ragione la ristrutturazione complessiva del NHS sia stata aspramente criticata e sia stata tacciata di aver contribuito ad un progressivo smantellamento del servizio sanitario universalistico, così come ideato a metà del secolo scorso da sir William Beveridge²².

3.2. Le criticità e gli obiettivi mancati

Come è stato sinora evidenziato, l'obiettivo perseguito dal governo conservatore, che si era reso promotore della riforma, consisteva nel migliorare la sostenibilità del sistema sanitario e di permettere una più efficiente allocazione delle risorse, soprattutto in considerazione della progressiva crescita della spesa sanitaria.

L'effetto complessivo dell'intervento normativo e le modifiche intervenute, invece, hanno contribuito, nei fatti, a snaturare l'universalismo che ispirava la struttura originaria del NHS e ad aumentare le disuguaglianze sociali e territoriali nell'accesso alle prestazioni sanitarie per gli utenti del servizio stesso.

Il progressivo depotenziamento dell'universalismo e della gratuità del sistema sanitario inglese si è compiuto, in questi anni, essenzialmente in due direzioni. Da un lato, l'apertura alla concorrenza e al mercato non ha contribuito ad elevare gli standard di garanzia delle prestazioni sanitarie e la loro qualità, ma ha – al contrario – contribuito ad esacerbare la frammentazione dei servizi e la disparità soggettiva e territoriale nell'accesso alle prestazioni. In secondo luogo, le esigenze legate alla regolazione del mercato della sanità hanno condotto ad una più intensa giuridificazione del settore sanitario, sottraendolo, almeno in parte, al controllo dell'amministrazione e all'esercizio della discrezionalità tecnica e politica.

Quanto al primo profilo, l'apertura della sanità alle logiche di mercato presenta alcune non trascurabili criticità, in considerazione della "specialità" del bene oggetto di scambio, ossia la salute umana. A riguardo, si è rilevato come la fornitura di servizi pubblici (e, fra questi, dei servizi sanitari) non possa essere – per propria natura – completamente soggetta alle forze del mercato. Il National Health Service, quale sistema sanitario universalistico, si fonda sui principi di eguaglianza e di redistribuzione solidaristica delle risorse, in modo da allocare i servizi in modo equo per rispondere ai bisogni delle persone²³. Tali caratteristiche rendono evidente quanto la vocazione universalistica della sanità difficilmente possa conciliarsi con i meccanismi sottesi al regime di libero mercato e alla concorrenza. Nonostante le ragioni alla base della riforma del 2012 fossero improntate ad un generale migliora-

²¹ Descrive molto chiaramente questi aspetti problematici A.C.L. DAVIES, *op. cit.*, 568 ss.

²² In questi termini V. CHICO, T. HERVEY, R. STIRTON, A. WARREN-JONES, *op. cit.*, 157, secondo cui: «the Health and Social Care Act 2012 is associated with a final 'dismantling of the NHS as we know it', by bringing competition, markets, contracts, and private interests in to the NHS». Cfr. anche M. EXWORTHY, R. MANNION, M. POWELL, *op. cit.*

²³ Così C. NEWDICK, *From Hippocrates to Commodities: Three Models of NHS Governance: NHS governance, regulation, Mid Staffordshire Inquiry, health care as a commodity*, in *Medical Law Review*, 22, 2014, 171.

mento dell'efficienza del servizio pubblico, alle pure regole di mercato è necessario accostare alcuni ineludibili correttivi, motivati dalla "specialità" del bene salute.

Quest'ultima, infatti, non può essere considerata alla stessa stregua di qualunque bene disponibile sul mercato. Ad esempio, la necessità di salvare una vita o di curare una grave malattia può richiedere di procedere a interventi medici molto costosi e assai rischiosi, in contrasto con le più intuitive dinamiche del rapporto tra domanda e offerta; le esigenze di cura, inoltre, scardinano proprio questo meccanismo, ponendo sullo stesso piano, dal punto di vista della domanda, patologie a bassa incidenza e malattie molto diffuse; il naturale deficit informativo in cui si trova il paziente rispetto all'altissimo contenuto tecnico della medicina, infine, impedisce di poter considerare la persona alla stregua di qualunque altro consumatore dinanzi ai servizi per la salute²⁴.

Sotto il secondo profilo, la progressiva giuridificazione che ha caratterizzato la sanità inglese e che ha raggiunto la propria acme con la riforma del 2012 non è un elemento privo di costi. L'evidente necessità di porre rigide regole al libero mercato al fine di contemperare le logiche della concorrenza alla specialità dei bisogni connessi all'esercizio del diritto alla salute ha sortito, quale principale effetto, una proliferazione di regole e procedure per le scelte in campo sanitario. Tale approccio, se letto nella prospettiva della relazione di cura tra medico e paziente e della realizzazione dell'autodeterminazione individuale, pone il problema dell'irrigidimento dei canali decisionali e delle strategie operative, proprio in un settore tanto delicato quanto è quello della cura della salute dei consociati²⁵. Si tratta, infatti, di un ambito nel quale l'intrinseca dimensione soggettivistica della relazione di cura – da intendersi sia quale risposta individuale alle cure sia nella prospettiva del prisma di valori e scelte personali che orientano le decisioni di ciascun paziente – può richiedere di mantenere alcuni spazi di elasticità decisionale, mirati proprio a fare una migliore risposta ai bisogni clinici e fisiologici individuali²⁶. Lungi dal contribuire a costruire una dimensione pretensiva della medicina, un approccio centrato sul paziente (tanto in termini di risposte cliniche, quanto dal punto di vista dell'orientamento soggettivo) può contribuire a dare anche miglior attuazione ai principi di eguaglianza e di solidarietà che costituiscono l'architrave dei sistemi sanitari universalistici.

Adottando, poi, l'angolo visuale dei rapporti tra Sistema sanitario e soggetti responsabili per le decisioni, è facile osservare come la sostenibilità (meramente) economica delle scelte, per effetto dello Health and Social Care Act 2012, prevalga decisamente sulle valutazioni di carattere multidimensionale che dovrebbero informare la pratica clinica. A tale proposito, la riforma della sanità inglese ha comportato una proliferazione di regole legislative, anche in ambiti tradizionalmente appar-

²⁴ Sviluppa simili considerazioni N. DANIELS, *Just Health Care*, Cambridge, 1985, 1 ss. Cfr. anche W. ANDERCK, *From patient to consumer in the medical marketplace*, in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 16, 2007, 109; C. NEWDICK, *op. cit.*, 173. Circa queste criticità riferite alle peculiarità del settore farmaceutico v. S.G. GIBSON, T. LEMMENS, *Niche Markets and Evidence Assessment in Transition: A Critical Review of Proposed Drug Reforms*, in *Medical Law Review*, 22, 2014, 200 ss.

²⁵ Sottolinea come la riforma del 2012 abbia condotto ad una più rigida giuridificazione delle decisioni in campo sanitario, soprattutto in termini di regolazione del mercato della concorrenza e di disciplina degli appalti, D.I. BENBOW, *op. cit.*, 9 ss.

²⁶ Circa il fatto che, nelle scelte sanitarie, sia necessario mantenere quelle valvole di sicurezza che permettono di adeguare la decisione alle specificità del singolo caso, sia consentito rinviare, anche con specifico riguardo al contesto inglese a L. BUSATTA, *Diritto alla salute e principio d'eguaglianza: può un'eccezione fare la differenza?*, in S. BONINI, L. BUSATTA, I. MARCHI (a cura di), *L'eccezione nel diritto*, Napoli, 2015, 169 ss.

tenenti all'esercizio della discrezionalità politica o amministrativa²⁷. Con la finalità di "dare un ordine" al mercato della sanità, in altre parole, si è sottratto un importante spazio di manovra alla capacità decisionale delle istituzioni sanitarie che, agendo nell'interesse generale, sarebbero, invece, i soggetti più idonei a bilanciare la moltitudine di valori in gioco per far fronte, *as best as possible*, ai bisogni della popolazione²⁸.

4. Le prossime sfide per la sanità inglese: tra Brexit e spinte anti-solidaristiche

Sulle criticità generate dalla riforma del NHS introdotta nel 2012 e sul progressivo indebolimento dell'universalismo del servizio sanitario inglese si innestano, oggi, i timori e le difficoltà che l'uscita del Regno Unito dall'Unione Europea reca con sé. Come forse si ricorderà, durante la campagna che ha preceduto il referendum del 2016, il partito del Leave aveva utilizzato in modo decisamente strumentale anche l'argomento sanitario. Con lo slogan «We send the EU £ 350 million a week. Let's fund our NHS instead», i sostenitori della Brexit puntavano a convincere una fetta della popolazione che lasciare l'UE avrebbe permesso al governo di investire maggiori risorse sui servizi per la salute, migliorandone l'efficienza²⁹.

L'argomento era evidentemente ingannevole e mirava a raccogliere voti soprattutto in quella parte della popolazione socialmente più fragile, maggiormente bisognosa di servizi sanitari e, per questo, più svantaggiata a causa delle difficoltà che il National Health Service sta da anni fronteggiando. Al contrario, pare che, per effetto della ormai imminente scissione, proprio il settore sanitario sarà tra quelli che principalmente soffriranno il distacco dall'Unione Europea³⁰.

Anche alla luce delle considerazioni sinora sviluppate circa l'evoluzione e la crisi del servizio sanitario inglese, tali profili meritano un breve approfondimento, nell'ottica della progressiva privatizzazione della sanità e delle problematiche sottese all'abbandono del mercato europeo. Pur non avendo dirette competenze in ambito sanitario, l'Unione Europea è intervenuta in modo crescente nella regolazione di un novero sempre più ampio di ambiti connessi alla garanzia del diritto alla salute, soprattutto

²⁷ A.C.L. DAVIES, *op. cit.*, 567.

²⁸ Si tratta di un dibattito già ampiamente sviluppato nella dottrina d'Oltremarica, soprattutto con riferimento alla tensione tra valutazioni tecniche assunte anche per il perseguimento dell'interesse generale ed esigenze legate alla risposta ai bisogni individuali. Tali profili assumono un rilievo molto significativo nel rapporto, talvolta oppositivo, tra amministrazioni sanitarie e giurisdizione e pare che, per effetto dell'irrigidimento normativo veicolato dalla riforma del 2012, non siano destinati a sopirsi. A riguardo, fra i molti, v. K. SYRETT, *Courts, Expertise and Resource Allocation: Is there a Judicial 'Legitimacy Problem'?*, in *Public Health Ethics*, 7, 2014, 112 ss.; K.G. YOUNG, *A typology of economic and social rights adjudication: exploring the catalytic function of judicial review*, in *International Journal of Constitutional Law*, 3, 2010, 385 ss.; J.A. KING, *The justiciability of resource allocation*, in *Modern Law Review*, 70, 2007, 197 ss. In termini più ampi, circa i rischi della giuridificazione delle scelte in campo biogiuridico v. F. CORTESE, S. PENASA, *Dalla bioetica al biodiritto: sulla giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati*, in *Riv. AIC*, 4, 2015, 1 ss.

²⁹ D.I. BENBOW, *op. cit.*, 13.

³⁰ Per alcune più ampie riflessioni circa l'impatto della Brexit sul sistema di tutela dei diritti e delle libertà nel Regno Unito cfr. L. MONTANARI, *L'integrazione attraverso i diritti: la difficile posizione del Regno Unito*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, S1, 2019, 495 ss.

to per effetto dell'applicazione delle quattro libertà fondamentali previste dal trattato³¹. Si tratta di una molteplicità di canali di intervento dei quali hanno beneficiato anche il Regno Unito e, di riflesso, il servizio sanitario inglese. Si pensi, ad esempio, al fatto che, grazie al mutuo riconoscimento dei titoli di studio e alla garanzia della libera circolazione dei lavoratori, il NHS ha potuto assumere, negli anni, moltissimi professionisti provenienti da tutti i Paesi dell'Unione Europea, risolvendo il cronico deficit di medici e personale sanitario che per lungo tempo ha caratterizzato la sanità di Sua Maestà³². Ma le istituzioni europee hanno giocato un ruolo importante anche in altri campi connessi alla tutela della salute umana, quali il settore farmaceutico, la produzione e la circolazione di dispositivi medici, la ricerca biomedica, sino alla tutela dei dati personali³³. Si può, infine, ricordare come sia stato proprio un caso proveniente da una Corte inglese a condurre alla sentenza della Corte di Giustizia che ha sostanzialmente scritto le basi per la direttiva 2011/24/UE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera³⁴.

In questa chiave, l'appartenenza all'Unione ha, seppur indirettamente, portato un significativo beneficio alla garanzia del diritto alla salute in Inghilterra e alle prestazioni del servizio sanitario complessivamente inteso. Ci si può, ora, chiedere, quali scenari potranno configurarsi per la sostenibilità di un NHS già duramente provato da una cronica incapacità di rispondere in modo efficace ai bisogni della popolazione e da una riforma che, come abbiamo visto, ha allontanato la sanità dai suoi primi destinatari.

Ad esempio, con riguardo all'approvvigionamento di medicinali e di dispositivi medici, è stato da tempo evidenziato che con la chiusura delle frontiere si rischierà, almeno nei primi giorni dal perfezionamento dell'uscita dall'UE, una pericolosa carenza di disponibilità, con gravissime ripercussioni sulla salute delle persone. Sul medio periodo, il Regno Unito potrà contrattare individualmente con ciascuno Stato membro o con altri Paesi l'acquisto di medicinali e altri prodotti sanitari, ma è certo che il costo di tali operazioni ricadrà sul NHS e, di conseguenza, sui suoi utenti³⁵.

Altrettanto significativo – e potenzialmente preoccupante – è il profilo relativo alla garanzia di accesso alle prestazioni sanitarie per gli stranieri presenti in Inghilterra e, viceversa (se non addirittura in modo più critico), per gli inglesi che si trovano in altri Stati dell'Unione³⁶. In termini generali, per effetto del diritto europeo, i cittadini europei e i loro familiari che ricevono trattamenti medici in uno Stato membro diverso da quello di propria residenza hanno diritto alla parità di trattamento nell'accesso ai servizi e nella garanzia di prestazioni rispetto agli utenti iscritti a quel sistema sanita-

³¹ Circa questi aspetti cfr. S. PENASA, *Biodiritto e Unione Europea: primi spunti di riflessione*, in questa *Rivista*, 3, 2018, 73 ss.

³² Cfr. N. FAHY, T. HERVEY, S. GREER ET AL., *How will Brexit affect health and health services in the UK? Evaluating three possible scenarios*, in *The Lancet*, 390, 2017, 2110 ss., ove si riporta che sarà molto difficile per il NHS raggiungere l'autosufficienza del personale nel breve periodo. «As of 2017, over 60,000 people from non-UK EU countries work in the NHS and 90,000 work in adult social care. One in ten doctors in the UK is a European Economic Area (EEA) graduate».

³³ Cfr. T. HERVEY, S. PEERS, *Brexit and health services*, in *Clinical Medicine*, 16, 2016, 101.

³⁴ Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, *OJ L 88*, 4.4.2011, 45–65.

³⁵ T. HERVEY, S. PEERS, *op. cit.*, 102; N. FAHY ET AL., *How will Brexit affect health services in the UK? An updated evaluation*, in *The Lancet*, 393, 2019, 954 ss.

³⁶ Evidenzia tali criticità T. HERVEY, *Reciprocal healthcare arrangements after Brexit*, in *BMJ*, 363, 2018, k4727.

rio. Le spese sostenute, inoltre, sono a carico del sistema sanitario di iscrizione³⁷. Per effetto della Brexit, invece, ai cittadini britannici residenti o soggiornanti in altri Stati membri non saranno più garantiti tali livelli di protezione, ma saranno considerati alla stregua di cittadini di Paesi terzi e saranno, perciò, costretti a sostenere i costi per le proprie cure (direttamente o per il tramite di assicurazioni private). Alcuni ordinamenti (fra i quali, ad esempio, la Spagna) potrebbero essere addirittura costretti a modificare le proprie regole sull'accesso alle prestazioni sanitarie per gli stranieri residenti, a causa dell'alto numero di inglesi ivi residenti³⁸.

Gli scenari che si delineano, soprattutto nella prospettiva dei più recenti fallimenti delle trattive e della conseguente crisi del governo conservatore, appaiono decisamente preoccupanti per la sostenibilità complessiva del sistema sanitario inglese e, di conseguenza, per la garanzia del diritto alla salute delle persone. In aggiunta, l'inevitabile periodo di assestamento economico che seguirà l'uscita del Regno Unito dall'Unione Europea recherà con sé l'allargamento della forbice sociale, amplificando la fragilità delle componenti più svantaggiate della popolazione che, con maggiore difficoltà, potranno avere accesso a servizi sanitari di qualità.

5. Conclusioni: la sostenibilità della salute, tra solidarietà e identità

Le riflessioni sinora sviluppate sull'evoluzione del sistema sanitario inglese e sulle relative criticità presenti e future consentono, ora, di muovere alcune considerazioni conclusive, anche in prospettiva comparata. Il tentativo di far fronte, attraverso la profonda ristrutturazione del NHS, alle attuali problematiche di sostenibilità dei servizi per salute e le difficoltà che il perfezionamento della Brexit imporrà alla sanità rappresentano una lezione molto significativa per i sistemi sanitari universalistici e per la garanzia di prestazioni sanitarie nel territorio europeo.

In particolare, la *ratio* sottesa al modello Beveridge, come si è visto, è quella di combattere le ineguaglianze sociali attraverso la garanzia di equità nell'accesso ai servizi. Il principio solidarista che orienta il *welfare state*, in questo senso, trova la propria ragion d'essere nell'esigenza di redistribuire le risorse, in modo che anche le fasce più deboli della popolazione possano beneficiare della ricchezza statale. Un sistema così configurato si regge, però, sul necessario presupposto che l'idea della condivisione dei servizi e della loro accessibilità per tutti sia profondamente condivisa e responsabilmente accettata dai consociati. Contribuire al benessere generale per mezzo dell'apporto individuale al sostentamento del Paese e dei servizi, in altre parole, rappresenta la cifra della solidarietà sociale che ha ispirato la costruzione dello Stato sociale in molti ordinamenti europei a partire dal secondo dopoguerra. Si tratta di un approccio cui ha aderito anche la nostra Assemblea Costituente, nella convinzione che il benessere di un solo individuo possa contribuire al miglioramento delle condizioni di vita dell'intera società; un percorso che, come è noto, ha richiesto alle nostre istituzioni una pro-

³⁷ Per alcuni maggiori riferimenti circa la garanzia di prestazioni sanitarie nel diritto europeo, sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La cittadinanza della salute nell'Unione Europea: il fenomeno della mobilità transfrontaliera dei pazienti, dalla libera circolazione alla dimensione relazionale dei diritti*, in *DPCE online*, 3, 2015, 1 ss.

³⁸ Tali problematiche sono ben delineate in B. BAIRD, H. MCKENNA, *Brexit: the implications for health and social care*, 22 febbraio 2019, disponibile all'indirizzo internet <https://www.kingsfund.org.uk/publications/articles/brexit-implications-health-social-care>.

gressiva e graduale opera di intervento, sul piano delle riforme, per ricevere attuazione e, in gran parte, ancora in atto.

Per effetto della crisi economica globale che ha caratterizzato i primi anni del nuovo millennio e anche a causa dell'emergenza migratoria che colpito gli Stati del vecchio continente, però, il concetto di solidarietà e le logiche redistributive hanno progressivamente perso aderenza a livello sociale³⁹. Il crescente successo di politiche nazionalistiche, in questo senso, rappresenta un chiaro indice della difficoltà di sostenere collettivamente i costi di tali difficoltà. Eppure, proprio nel contesto di una congiuntura economica globale che ha progressivamente divaricando la forbice delle disuguaglianze sociali, rendendo più aspre le condizioni di vita delle fasce di popolazioni più fragili, recuperare il significato più profondo e costituzionalmente orientato del principio solidaristico sembrerebbe poter contribuire a lenire alcune delle difficoltà cui gli Stati contemporanei devono oggi far fronte.

Con particolare riguardo all'organizzazione dei sistemi sanitari e alla garanzia di prestazioni mediche, poi, la riforma del National Health Service dimostra che una troppo entusiastica apertura al mercato per i servizi pubblici rischia di snaturare l'universalismo, con il risultato di colpire, inevitabilmente, coloro che si trovano in condizione di maggior bisogno. L'irrigidimento giuridico che si accompagna alla regolazione del mercato dei servizi sanitari, poi, comporta inevitabilmente un aumento dei costi correlati alla garanzia del diritto alla salute: a fronte della necessità di imporre maggiori controlli sulle dinamiche concorrenziali applicate alla specialità del bene salute, si moltiplicano inevitabilmente i soggetti responsabili per le decisioni e coloro ai quali sono demandati i controlli sulle scelte effettuate e da adottare. Ciò comporta il potenziale incremento del contenzioso, in ogni fase del procedimento decisionale, i cui costi ricadono, inevitabilmente sulla compagine sociale nel suo complesso e sull'organizzazione sanitaria. A sua volta, l'incremento del contenzioso (giurisdizionale o paragiurisdizionale che sia) comporta, da un lato, un irrigidimento dei metodi decisionali a livello politico e amministrativo, sempre più tesi verso una iper-giustificazione delle scelte e, dall'altro lato, prelude alle derive della medicina difensiva.

Le criticità che il National Health Service sarà chiamato ad affrontare con il perfezionamento dell'uscita del Regno Unito dall'Unione Europea, infine, pongono in evidenza il dato incontrovertibile per cui – quanto meno nel vecchio continente – l'adozione di politiche decisionali comuni e la condivisione delle risorse possa essere la vera chiave per fronteggiare in modo efficace le sfide contemporanee.

Tutto ciò, complessivamente inteso, suggerisce di recuperare alcune delle idee fondative del modello universalistico per la sanità, cercando di attualizzarle rispetto alle esigenze della società e della medicina contemporanee. In questo senso, il principio solidaristico che animava l'idea della redistribuzione delle risorse economiche per il beneficio di tutti e, di riflesso, dell'intera società si conferma quale criterio che dovrebbe orientare – oggi più che mai – la costruzione della sanità⁴⁰. Oggigiorno, la sfida della sostenibilità accomuna tutti i sistemi sanitari, ai quali è richiesto di garantire standard presta-

³⁹ Si tratta di quanto è stato teorizzato efficacemente dal sociologo polacco Zygmunt Bauman che, proprio con riferimento alla progressiva preminenza del consumerismo e dell'individualismo sulla solidarietà, sostiene che «La solidarietà umana è la prima vittima dei trionfi del mercato dei consumi», Z. BAUMAN, *Amore liquido*, Roma-Bari, 2006, 106.

⁴⁰ Evidenzia lo stretto legame tra garanzia dei diritti sociali e recupero della dimensione solidaristica del corpo sociale anche E. LONGO, *Le relazioni come fattore costitutivo dei diritti sociali*, in *Dir. soc.*, 1, 2014, 71 ss.

zionali sempre più elevati, tecnologie all'avanguardia e di assicurare risposte parametrare sulle esigenze individuali.

A fronte di un quadro tanto complesso, accanto al principio solidaristico risulta necessario recuperare il concetto di responsabilità nell'utilizzo dei servizi per la salute e nella loro gestione. Riportare all'oggi il progetto immaginato da Beveridge significa allora ragionare sull'essenza del principio solidaristico, che risiede non soltanto dell'esigenza di ridurre le diseguaglianze per accrescere il benessere complessivo della società, ma anche (e forse soprattutto) nell'impegno di ciascun individuo a fruire con responsabilità delle risorse che ha a disposizione. Per raggiungere tale scopo è necessario "riappropriarsi" del servizio sanitario, nella consapevolezza che si tratta di uno strumento potenzialmente straordinario per consentire il libero sviluppo della persona umana⁴¹.

⁴¹ Vale la pena di ricordare come la filosofa del diritto Jeanne Hersch, riferendosi proprio al diritto alla salute, abbia evidenziato come esso si ponga quale preconditione per l'esercizio di tutti gli altri diritti, dal momento che senza salute, senza aspettativa di vita, non è possibile godere degli altri diritti fondamentali. J. HERSCH, *Les droits de l'homme d'un point de vue philosophique*, Unesco, Genève-Paris 1990, ripubblicato in Italia in J. HERSCH, *I diritti umani da un punto di vista filosofico*, Milano 2008, 89 ss.