

Una nuova stagione per i diritti sociali? La spinta offerta dal *Recovery Fund* per il rilancio dei welfare sanitari

Lorenzo Chieffi

La progressiva ripresa del Paese, a seguito della grave crisi provocata dalla epidemia da Covid-19, ha indotto la rivista *BioLaw Journal* a riprendere il tema, caro al dibattito costituzionale, della effettività del diritto alla salute, con attenzione alla sua declinazione sociale, come libertà positiva, sottoposta da almeno un ventennio a un evidente ridimensionamento assiologico.

Il precipuo interesse, di derivazione essenzialmente giurisprudenziale, per gli spazi soggettivi di autodeterminazione connessi al diritto in parola e prodromici all'esercizio da parte dell'individuo della piena disponibilità del proprio corpo (cd. *habeas corpus*), non è stato infatti accompagnato, con la stessa intensità, da analogo valorizzazione della sua prospettiva sociale, soprattutto a causa di una travolgente deriva neoliberista di origine globale e europea, aggravata dai tagli della spesa cui sono stati costretti gli Stati a seguito della recessione provocata, tra il 2007 e il 2013, dalla grave crisi economica mondiale.

La prevalenza, nelle politiche condotte a Bruxelles di istanze favorevoli alla promozione dei principi del mercato e della libera concorrenza, che aveva indotto la *governance* europea ad adottare misure assai rigorose e restrittive, comprensive del Patto di stabilità, crescita e occupazione e del divieto di disavanzi pubblici eccessivi (art. 126 TFUE), costringeva gli Stati membri *meno virtuosi* a procedere al contenimento degli impegni finanziari e conseguente

riduzione degli investimenti per i diritti sociali, con grave pregiudizio per l'obiettivo della coesione sociale di chiara derivazione costituzionale [artt. 2; 3, 2° co.; 32, 1° co.; 117, 3° co. lett. m); 119, 3° e 6° co.; 120, 2° co.] oltre che europea.

La necessaria riduzione dei *budget* per i servizi di *welfare*, a cominciare da quelli sanitari, già interessati in Italia, dagli inizi degli anni Novanta, da un processo di aziendalizzazione (d. lgs. n. 502/92; d.lgs. n. 517/93 e d.lgs. n. 229/99) ispirato alle regole del *quasi mercato*, aveva sensibilmente ridotto, rispetto alla media europea, la quota di PIL dedicato a questo importante comparto dell'intervento pubblico.

Tra i *paradossi* della medicina contemporanea è, quindi, da annoverare quello per cui, a fronte degli indubitabili progressi compiuti dalle tecniche di prevenzione e cura delle malattie, è proprio l'aumento della spesa sanitaria legata al progressivo invecchiamento della popolazione, accanto all'elevato costo di sofisticate tecnologie, a costringere il decisore pubblico, in presenza di una forte depressione dell'economia mondiale, a introdurre criteri di allocazione delle risorse che potrebbero mettere in discussione principi di fondo del nostro ordinamento costituzionale, quali la solidarietà e l'eguaglianza di trattamento.

Dinnanzi al progressivo ridimensionamento dei diritti sociali a prestazione, cui ha contribuito il più recente vincolo europeo dell'equilibrio di bilancio (recepto a livello costituzionale nel nuovo art. 81, 1° co.), neppure la giurisprudenza costituzionale, dimostratasi sul punto alquanto ondivaga, ha rappresentato l'auspicabile baluardo a difesa delle esorbitanti logiche economicistiche. A fronte di pronunce che affermano l'intangibilità del «nucleo essenziale del diritto alla salute connesso alla dignità della persona», insuscettibile di compressione ad opera di «esigenze relative alla finanza pubblica», cui non

Editorial

potrebbe essere attribuito dal legislatore «peso assolutamente preponderante» (sentt. nn. 304/1994, 267/1998, 509/2000, 252/2001, 200 e 432/2005, 169/2017), non sono mancate sentenze che sembravano invece porre sullo stesso piano la tutela dei diritti sociali e il vincolo di bilancio, al punto da ammettere interpretazioni «restrittive»¹ in forza delle quali, ad esempio, sarebbe impedito all'individuo ricevere un «livello di assistenza supplementare», in quanto ritenuto «in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro» e con lo stesso «principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica» (sent. n. 104/2013). Qualora l'attuazione dei valori costituzionali avesse comportato significativi oneri a carico del bilancio dello Stato, ne sarebbe dovuto infatti conseguire, per questo indirizzo giurisprudenziale, un'applicazione dei principi di «gradualità» e di «proporzionalità» per consentire una loro progressiva implementazione compatibile anche con le esigenze della finanza pubblica (*ex multis* sentt. nn. 26/1980, 349/1985, 12 e 173/1986, 33/1987).

In questo quadro recessivo del *welfare* sanitario, l'irrompere della crisi epidemiologica ha rappresentato come una sorta di lente di ingrandimento delle inadeguatezze strutturali, oltre che funzionali, in grado di intaccare profondamente la vocazione universalistica del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nonostante l'eccezionalità degli effetti prodotti da questa emergenza sanitaria, evidenti erano, ad esempio, le lacune e le inerzie applicative con riguardo alla medicina di base e alla disponibilità di posti letto nei reparti di medicina intensiva, di dimensioni ancora più gravi nei territori più di-

¹ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in questa *Rivista*, 2, 2019, 16.

saggiati del Paese, a cominciare da quelli meridionali.

Le conseguenze di tipo sanitario, oltre che economico, provocate dalla repentina ondata pandemica, causa dell'approfondimento delle preesistenti condizioni di disegualianza, hanno indotto ad una progressiva valorizzazione della dimensione sociale del diritto alla salute, proprio in considerazione del suo inscindibile legame con l'esercizio di altre libertà civili e politiche². La stretta correlazione tra prospettiva prestazionale di questo diritto e quella più strettamente soggettiva, attraverso cui si esprime l'autonomia dell'individuo, è tale infatti che il «sacrificio» del primo sarebbe in grado di determinare l'arretramento dell'altro³. Ne consegue una *naturale* assimilazione del diritto pretensivo, posto a garanzia dell'eguaglianza sostanziale, ai diritti fondamentali dell'individuo.

Da qui l'auspicio, recentemente manifestato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, di un «ripensamento complessivo del nostro *welfare* ed un suo potenziamento dopo anni di tagli»⁴. È indubbio, ad esempio, che solo attraverso la realizzazione di opportuni interventi di tipo assistenziale, resi possibili dalla introduzione di una efficiente rete di ambulatori, consultori, RSA, *hospice*, sarebbero poste le condizioni per favorire la maturazione da parte della donna, del disabile, dell'anziano o del morente, di una scelta rispondente alle proprie aspettative riproduttive, terapeutiche, di vita, ecc., nell'esercizio del

² M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del Diritto*, XII, 1964, 805.

³ S. RODOTÀ, *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Roma-Bari, 2014, 37 e L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, 8.

⁴ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020, 3, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it/it/>.

diritto fondamentale all'autodeterminazione del proprio corpo.

La presenza di un persistente *social divide* ha recentemente indotto l'Unione Europea ad avviare una forte azione di promozione dei diritti sociali, gravemente pregiudicati nel corso delle diverse ondate epidemiche, che induce, almeno in parte, a rivedere il diffuso scetticismo nei confronti di un organismo dimostratosi in passato più attento agli interessi dei mercati e certamente meno impegnato per interventi di solidarietà, attraverso azioni collettive di riequilibrio, in grado di ridurre le disuguaglianze tra gli Stati e, all'interno degli stessi, tra i loro territori. Il rilevante supporto economico destinato dalla Commissione presieduta da Ursula von der Leyen per il rafforzamento dei *welfare* statali e la riorganizzazione dei sistemi sanitari nazionali, la cui esecuzione rientra nelle competenze esclusive dei singoli Stati membri, rappresenta un'importante svolta delle politiche realizzate in questo settore dei servizi pubblici essenziali. Proprio l'istituzione di una auspicabile e forte *Unione europea della salute*, in grado di migliorare la resilienza dei sistemi sanitari europei, recentemente proposta dalla stessa Presidente della Commissione europea⁵, potenziando la cooperazione interstatale e andando oltre la mera esperienza dell'assistenza transfrontaliera, potrebbe contribuire alla riduzione delle numerose e persistenti inadeguatezze amplificate dalla crisi sanitaria, ove tale azione fosse

adeguatamente supportata e perseguita dagli Stati membri.

In coerenza con gli obiettivi individuati dai Trattati istitutivi, pure ripresi dal Pilastro dei diritti sociali (Principio 16), lo sforzo compiuto dagli organi di governo dell'Unione Europea per assicurare un «livello elevato di protezione della salute umana» (art. 168 TFUE) è stato quello di pervenire ad un inedito bilanciamento tra principi del mercato e della concorrenza e quello della solidarietà. La sospensione decisa dalla Commissione europea del Patto di stabilità che disattiva i vincoli finanziari, ridefinendo gli stessi meccanismi di sostegno economico, costituisce un importante segnale della *reversibilità* dei processi di «arretramento dello stato sociale»⁶ e di affievolimento della tutela dei diritti sociali. In questa direzione, il recente Regolamento UE 2021/522 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021, recante il Programma d'azione dell'Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027, si propone di integrare le politiche degli Stati membri nel settore sanitario con l'obiettivo di assicurare un più elevato livello di protezione in tutte le attività dell'Unione, in linea con l'approccio "*One Health*" che si sostanzia nello sviluppo di un modello sanitario basato sulla integrazione di discipline diverse, non solo appartenenti alle scienze mediche, ma anche economiche, sociologiche, ecc., funzionale alla salvaguardia della salute delle persone e alla conservazione dello stesso patrimonio ambientale.

Con l'intento di indirizzare l'azione condotta dagli Stati membri, il Regolamento europeo destina la dotazione finanziaria, coerentemente alla Strategia di Lisbona varata nel 2000 dai Capi di stato e di governo, ad azioni di protezione della salute, di riduzione delle disuguaglianze nella

⁵ U. VON DER LEYER, *Discorso al vertice mondiale sulla salute*, 25 ottobre 2020, all'indirizzo www.eurokomonline.eu. Per la dottrina F. BALAGUER CALLEJON, *La gestione della crisi epidemiologica a livello europeo e internazionale. Insufficienze, errori e lezioni per il futuro*, in L. CHIEFFI (a cura di), *L'emergenza pandemica da Covid-19 nel dibattito bioetico*, Tomo II, Milano, 2021, 28.

⁶ R. BIN, *Critica della teoria dei diritti*, Milano, 2018, 138.

prestazione di assistenza sanitaria, in particolare nelle zone rurali e nelle regioni isolate, di miglioramento della disponibilità, accessibilità economica nell'Unione di medicinali, di promozione della diffusione di strumenti e servizi digitali, anche sostenendo la creazione di uno spazio europeo dei dati sanitari.

Le ulteriori sollecitazioni, per iniziativa franco-tedesca, che hanno consentito la successiva elaborazione del programma *Next Generation UE*, cui si deve una evidente svolta nelle politiche economiche di questo organismo sovranazionale, partono dal presupposto che, solo attraverso la crescita dei territori maggiormente indeboliti economicamente dagli effetti della pandemia, potrà essere assicurata la ripartenza del processo di integrazione⁷. Seppure sia indubbio che solo il rafforzamento a livello sovranazionale delle politiche di bilancio e di quelle fiscali, di cui allo stato non sembrano esserci i necessari presupposti, per la presenza di ricorrenti rigurgiti sovranisti, potrebbe assicurare stabilità all'importante promozione dei diritti sociali recentemente avviata dall'Unione Europea.

La spinta offerta dal Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il *Recovery Fund*, ha condotto il nostro Paese a elaborare il Piano Nazionale per la Riprese e la Resilienza (PNRR), indispensabile per intercettare le previste e insostituibili opportunità economiche. Le risorse disposte da questo programma di finanziamenti, attraverso l'emissione di titoli di debito sul mercato da parte della Commissione europea, si aggiungono a quelle già impegnate con i Fondi strutturali in sanità e destinate allo sviluppo delle regioni in ritardo: dal Fon-

do sociale europeo Plus (FSE+), al Fondo europeo per gli investimenti strategici (FEIS), al Fondo europeo di sviluppo regionale (FERS), al Fondo di coesione (FC), ai numerosi PON, relativi a progetti ICT (Innovativi, Creativi Tecnologici) per la salute e il Servizio Sanitario Nazionale.

Pur nel rispetto delle competenze riconosciute alle autonomie territoriali nel campo dei servizi sanitari e socio-sanitari, è indubbia l'esigenza che l'impiego di questi fondi europei, come programmato nel PNRR, avvenga attraverso il coordinamento e il costante monitoraggio da parte degli organi del governo centrale. L'esigenza di assicurare in tutto il territorio nazionale, secondo l'impostazione universalistica della legge n. 833 del 1978, gli obiettivi che posano porre rimedio alle inadeguatezze emerse durante la pandemia, conduce inesorabilmente a questa centralizzazione degli interventi, seppure nel rispetto delle regole del regionalismo cooperativo che impongono una costante consultazione delle rappresentanze locali nella fase dell'attuazione e del coordinamento degli interventi stabiliti nel Piano. Il perseguimento di un disegno uniforme potrà assecondare il miglioramento, in ogni parte della Repubblica, dell'accessibilità ai servizi pubblici essenziali, così da assicurare il godimento di eguali diritti di cittadinanza, a prescindere dal luogo di residenza dell'interessato.

L'istituzione, contemplata dal PNRR stesso, di un'apposita struttura che rappresenterà il punto di contatto con la Commissione europea, in aggiunta ad una Cabina di regia istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri (art. 2 del d.l. n. 77/2021, convertito in legge n. 108/2021) per verificare i progressi compiuti nella sua attuazione, costituisce un importante supporto al ruolo unificante e di indirizzo che

⁷ G. VIESTI, *Centri e periferie. Europa, Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, Roma-Bari, 2021, XXXIX.

dovrà essere svolto dallo Stato centrale⁸. Sarà, infatti, compito di quest'ultimo verificare lo stato di avanzamento della Missione 6, che riguarda la «Salute», ed in particolare il potenziamento della telemedicina, della digitalizzazione del servizio, per una migliore elaborazione e analisi dei dati, e delle cd. strutture o reti di prossimità. L'intento è quello di assicurare «la promozione della salute», anche con interventi di tipo preventivo, accanto alla «presa in carico e riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria» (art. 1, comma 4 bis, del d.l. n. 34 del 2020, convertito in legge n. 77 del 2020), comprensiva dell'assistenza domiciliare integrata, indispensabile per agevolare il processo di continuità territorio-ospedale. L'istituzione delle *case di comunità* e di *ospedali di comunità*, di ridotta complessità, che mutuano l'esperienza vissuta in alcune Regioni italiane e in altri sistemi sanitari stranieri, a cominciare da quello cubano, analizzato in questo numero della Rivista, verrebbe a completare il progressivo avvicinamento delle strutture sanitarie ai destinatari delle prestazioni di prevenzione e cura, proprio con l'intento di introdurre un necessario filtro che scongiuri inappropriati ricoveri nei pronti soccorso o nei reparti di alta specializzazione, cui sarebbe invece demandato il compito di provvedere alle esigenze sanitarie acute, post acute e riabilitative. Tali interventi dovrebbero condurre al potenziamento della medicina di base e dei servizi territoriali, non dimostratisi all'altezza di fronteggiare compiutamente durante la crisi epidemiologica la forte domanda di assistenza proveniente dal corpo sociale, riprendendo alcune linee di riforma dedicate alla

⁸ 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, 346.

valorizzazione della medicina generale, contenute nel d.l. n. 158 del 2012 (cd. decreto Balduzzi) poi convertito in legge n. 189 del 2012.

Il rafforzamento e la riorganizzazione della sanità territoriale, attraverso la realizzazione di una stabile rete di servizi di base (come i consultori, i centri di salute mentale, i centri di prossimità contro la povertà sanitaria), aveva rappresentato il filo conduttore delle stesse dichiarazioni programmatiche illustrate dinanzi alle Camere il 17 febbraio 2021 dal Presidente del Consiglio, Mario Draghi, in occasione del voto di fiducia, per «aprire un confronto a tutto campo sulla riforma della nostra sanità», sulla scorta dell'esperienza vissuta nella fase della emergenza pandemica.

Altrettanto significativo è poi l'impegno assunto nei documenti programmatici elaborati dal Governo per interventi che possano rafforzare la medicina della prevenzione, comprensiva delle campagne di *screening*, assai carente in alcune Regioni italiane, ma indispensabile per garantire anche la sostenibilità della spesa sanitaria, pure in considerazione delle inevitabili ricadute intergenerazionali.

Nonostante le perplessità da taluni avanzate⁹ sulla eccessiva genericità delle proposte di innovazione del sistema sanitario, presenti nel programma di governo e nello stesso PNRR, e di una loro impostazione eccessivamente conservatrice, se non addirittura regressiva, è indubbio lo sforzo compiuto dall'esecutivo per porre rimedio ad alcune falle del nostro servizio pubblico, chiaramente evidenziate dalla crisi pandemica, che hanno ostacolato una sua diffusa accessibilità, a tutto danno dei principi di solidarietà e di inclusione sociale ricavabili dal disposto costituzionale e dagli stessi indirizzi elaborati dall'Unione Europea.

⁹ Si veda il contributo di I. CAVICCHI, *infra*.

Le numerose sollecitazioni provenienti da questa istituzione sovranazionale attraverso l'impiego di documenti e fonti non vincolanti, come i Libri bianchi, i Rapporti e le Comunicazioni della Commissione, le Conclusioni del Consiglio e le Risoluzioni del Parlamento europeo¹⁰, hanno da ultimo condotto al già citato Regolamento (UE) 2021/522 che dedica particolare attenzione allo svolgimento di azioni volte a ridurre le disparità nell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria ancora presenti tra gli Stati membri e, al loro interno, tra distinte parti dei loro territori. Da qui l'invito, contenuto in questa fonte vincolante e direttamente applicabile, seppure bisognosa di idonea normativa interna di esecuzione, ad un impiego dei fondi europei per favorire investimenti in infrastrutture sanitarie, ricerca e formazione, in prevenzione delle malattie e rafforzamento delle tecnologie relative alla telemedicina, proprio per ridurre queste distanze.

In conformità agli indirizzi europei, recentemente ripresi dal *Recovery Fund*, che collega la ripresa alla attenuazione dei divari, la previsione da parte del PNRR, a favore del Mezzogiorno, di una quota di riserva delle risorse, a fini pere-

¹⁰ Cfr. il Libro bianco della Commissione del 23 ottobre 2007 dal titolo *Insieme per la salute: un approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013* COM(2007) 630 definitivo, la Comunicazione COM/2009/0567 della Commissione sulla *Solidarietà nella salute: ridurre le disuguaglianze sanitarie nell'UE*, le Conclusioni del Consiglio dell'8 giugno 2010 in tema di *Equità e salute in tutte le politiche*, la Risoluzione del Parlamento europeo UE/2010/2089 (INI) dell'8 marzo 2011 sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'UE, il Rapporto della Commissione del 2013 sulle *Disuguaglianze sanitarie nell'UE*, le Comunicazioni della Commissione *Sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti* COM(2014) 215 del 4 aprile 2014 e *Costruire un'Unione europea della salute: rafforzare la resilienza dell'UE alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero* COM(2020) 724 final dell'11 novembre 2020.

quativi, non inferiore al 40% (art. 2, comma 6 *bis* del d.l. n. 77/2021), in ogni caso superiore al peso della sua popolazione, potrà stimolare l'auspicato riequilibrio tra i territori anche nel comparto sanitario.

Il preoccupante dato della emigrazione sanitaria verso i presidi del Centro/Nord, che possono garantire una tempestiva risposta terapeutica, costituisce una chiara evidenza di una permanente inadeguatezza dei servizi, soprattutto specialistici, erogati in questa parte del nostro Paese. Le Regioni meridionali, sottoposte a consistenti tagli della spesa sanitaria a seguito dei piani di rientro, continuano, inoltre, a collocarsi al di sotto della media nazionale rispetto all'applicazione di indicatori quali le «speranze di vita alla nascita» ovvero le «speranze di vita in buona salute»¹¹.

L'attenzione a favore delle Regioni più disagiate, già destinatarie nel 2020 dei benefici, introdotti dal Governo Conte II, della fiscalità di vantaggio, oltre che di quote predefinite della spesa in conto capitale (clausola del 34%) realizzata dalle amministrazioni e società pubbliche, dovrebbe allora consentire un maggiore sviluppo e benessere per la popolazione interessata da questi interventi di perequazione, le cui ricadute andrebbero certamente a vantaggio dell'intero Paese.

Secondo le proiezioni elaborate dalla Banca d'Italia¹² e dalla stessa SVIMEZ¹³, la maggiora-

¹¹ Cfr. CITTADINANZATTIVA, *Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2018*, Abstract, 1, all'indirizzo www.quotidianosanita.it.

¹² BANCA D'ITALIA - EUROSISTEMA, *Questioni di Economia e Finanza (Occasional paper), I divari infrastrutturali in Italia: una misurazione caso per caso*, di M. BUCCI, E. GENNARI, G. IVALDI, G. MASSINA E L. MOLLER, Numero 635, luglio 2021, 21, all'indirizzo www.bancaditalia.it.

¹³ SVIMEZ, *Anticipazioni Rapporto 2021 sull'economia e la società nel Mezzogiorno, Nord e*

zione delle risorse trasferite al Mezzogiorno, per un incremento quantitativo e qualitativo del capitale infrastrutturale, comprensivo delle infrastrutture sociali, in ossequio agli obiettivi di coesione perseguiti dall'UE, nel migliorare l'aumento del PIL di questa parte del nostro territorio, sarebbe in grado di determinare una maggiore crescita complessiva dell'economia nazionale che viene valutata in circa un punto percentuale, certamente utile per rendere possibile la rapida ripresa dell'intero Paese.