

Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le “lezioni” di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza

di Renato Balduzzi

Abstract: *Right to health and health systems to the test of the pandemic. The 'lessons' of some National Recovery and Resilience Plans* – The pandemic emergency has highlighted that, in certain contexts, science is a necessary interlocutor of politics, thus re-proposing and catalyzing the reflection on the relationship between political decision-maker and scientific expertise. In particular, the essay analyzes how the regulatory paradigm resulting from the interaction of the two factors during the pandemic is configured and legitimized, both with reference to its construction and in relation to judicial review, taking into account the theoretical perspective, as well as the impact of the evidence-based rule-making on the form of State and of government.

Keywords: Healthcare; Fundamental rights; Covid-19 Pandemic.

399

1. Premessa

Lo sconvolgimento mondiale apportato dalla pandemia da Covid-19 non poteva evidentemente non interessare anche e, sotto certi versi, soprattutto i sistemi sanitari e, più in generale, il rapporto tra la protezione della salute e l'organizzazione dei servizi sanitari. Se, durante le prime ondate dell'emergenza, l'attenzione era focalizzata soprattutto su come i diversi sistemi avrebbero retto all'urto con un fenomeno rispetto al quale l'impreparazione è stata generalizzata¹, successivamente è prevalso l'interesse ad approfondire, da un lato, le soluzioni organizzative che meglio permettano, in futuro, di contrastare fenomeni analoghi e, dall'altro, di “approfittare” della dura lezione per riorganizzare in profondità l'intera filiera dei servizi connessi alla salute².

In questa sede, mi è stato in particolare richiesto di rispondere alla domanda circa le continuità e le discontinuità che stanno interessando l'approc-

¹ R. Balduzzi, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza nell'emergenza pandemica*, in N. Antonetti, A. Pajno (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia*, Bologna, 2022, 29.

² 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, 339 ss.

cio dei diversi ordinamenti degli Stati membri dell'Unione europea con riferimento al rapporto tra il diritto alla salute e l'organizzazione dei servizi sanitari³.

Preciso subito che, al fine di individuare i nodi essenziali del tema, risponderò alla domanda utilizzando come documenti di base alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza (o denominazioni equivalenti), prendendo in esame in modo particolare quegli ordinamenti per i quali, in forza della consonanza di approccio al diritto alla salute, la comparazione si presenta maggiormente fruttuosa.

La prima parte dello scritto ripercorrerà pertanto i tratti essenziali dell'esperienza italiana di Servizio sanitario nazionale, allo scopo di evidenziarne i caratteri distintivi nel panorama europeo, di esaminarne le risposte allo *stress-test* pandemico⁴ e di individuare gli ambiti nei quali più opportunamente può innescarsi la comparazione; la maggiore lunghezza di questa parte si giustifica con la convinzione di chi scrive che alla grande mole di contributi dedicati al tema non abbia corrisposto analoga attenzione alle peculiarità della "Costituzione sanitaria" italiana e della normazione ordinaria che l'ha accompagnata, e che pertanto i caratteri dell'ordinamento di riferimento sono troppe volte descritti in modo frettoloso quando non fuorviante. La seconda parte si occuperà della situazione francese e di quella tedesca, con qualche cenno all'esperienza britannica, volto a verificare analogie e differenze in un ordinamento per definizione estraneo alla dinamica innescata dal *Next Generation EU*.

Un'altra precisazione attiene al tema della continuità/discontinuità tra i cambiamenti strutturali indotti dall'esperienza pandemica (e ricompresi nelle scelte contenute all'interno dei diversi piani nazionali di ripresa e resilienza) e le riforme avviate o annunciate, all'interno dei singoli ordinamenti, nel settore sanitario antecedentemente allo scoppio della pandemia. Proprio perché la risposta a tale domanda sarà impostata sulla base di documenti dalla forte caratterizzazione discorsiva e politico-culturale quali i menzionati Piani di ripresa e resilienza⁵, sarà mia cura esercitare la massima attenzione

³ Rimane dunque fuori dalla prospettiva di indagine qui indagata l'esame dei caratteri e degli effetti dell'emergenza sanitaria, così come si presenta in diritto comparato: sul punto, interessanti considerazioni metodologiche in F. Balaguer Callejón, *Diritto dell'emergenza e pluralismo territoriale nel contesto europeo*, in G. D'Ignazio, A. M. Russo (a cura di), *I Federalizing Process europei nella democrazia d'emergenza. Riflessioni comparate a partire dai 'primi' 20 anni della riforma del Titolo V della Costituzione italiana*, DPCE online, vol. 54, n. spec., novembre 2022, 27 ss. L'importanza di circoscrivere il campo della comparazione sulle forme e i modi con cui, nei diversi ordinamenti, è stata contrastata la pandemia da Covid-19, e la necessità di prendere in considerazione «*la contingence, sur laquelle aucune gouvernance ne peut avoir de prise*», v. P. Sadran, *Comment évaluer la qualité de la gouvernance face à la crise sanitaire de la Covid-19?*, in *Revue générale de droit médical*, 2021, 227 ss.

⁴ Sulla pandemia come *stress test*, v. R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità*, cit., 339, nonché A. Vidaschi, *Il Covid-19, l'ultimo stress test per gli ordinamenti democratici: uno sguardo comparato*, in DPCE online, 2/2020, 1456.

⁵ Nella dottrina italiana, sulla natura giuridica e le caratteristiche tecnico-formali dei Pnrr, v. soprattutto M. Clarich, *Il PNRR tra diritto europeo e nazionale: un tentativo di*

nell'analisi diacronica, al fine di evitare o attenuare un possibile *trick mirrors* collegato all'eventuale diversa composizione della maggioranza politica che ha formato e negoziato il piano rispetto a quella precedente alla primavera 2020⁶.

2. L'esperienza italiana

Quando, nel messaggio di fine anno 2018, il presidente della Repubblica Sergio Mattarella ricordò i quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, avvenuta con la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e pronunciò parole rimaste giustamente impresse nella mente di molti italiani («È stato – ed è – un grande motore di giustizia, un vanto del sistema Italia (...). Non mancano difetti e disparità da colmare. Ma si tratta di un patrimonio da preservare e da potenziare»)⁷, non potevamo immaginare che, nell'arco di poco più di 13 mesi, avremmo potuto e dovuto verificarne drammaticamente la pertinenza.

L'esperienza della pandemia, infatti, se per un verso ha confermato la bontà delle scelte di sistema fatte dal nostro costituente e attuate dal legislatore ordinario (A), per altro verso ha aiutato a vedere meglio alcune debolezze nell'assetto del Ssn (B) e a contrastarle, anche e soprattutto approfittando delle opportunità offerte dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (C), sempre naturalmente che i soggetti istituzionali competenti abbiano la volontà e la capacità di governare adeguatamente i cambiamenti in corso (D).

A) *Un sistema sanitario costruito con attenzione e lungimiranza*

Il primo punto riguarda i rami alti del sistema, cioè l'impianto costituzionale della salute o, per dirla con una formula ad effetto ancorché più riduttiva, la "Costituzione sanitaria" del nostro Paese, a partire dalla sua formazione in sede di Assemblea costituente.

inquadramento giuridico, in Astrid Rassegna, 2021, e N. Lupo, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi*, 1/2022. Da ultimo, F. Polacchini, *I riflessi del Pnrr sulla forma di governo e sui processi di indirizzo politico*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 4/2022.

⁶ La dottrina pubblico-comparatistica è tendenzialmente poco attenta nei confronti delle dinamiche politico-governative accennate nel testo, con qualche lodevole eccezione, come, ad es., J. Woelk, *I sistemi federali di Germania e Austria alla prova dell'emergenza pandemica*, in *IFederalizing Process europei*, cit., 329 ss. Talvolta il rapporto tra decisioni pre- e post-scoppio della pandemia è ancora più articolato, in quanto l'ordinamento nazionale può tendere a sottolineare una sorta di primogenitura relativamente a talune riforme strutturali, com'è il caso, per la Francia, della *composante 2* del *Piano*, in tema di transizione ecologica ed economia circolare.

⁷ Riportato da www.quirinale.it. L'esattezza delle parole presidenziali si può cogliere agevolmente ove si rifletta che non esiste altra legge del periodo repubblicano della quale vengano così puntualmente celebrati gli anniversari, e che pertanto ciò esprime, al tempo stesso, la consapevolezza della straordinaria importanza del Servizio sanitario nazionale («un vanto del sistema Italia») e altresì la necessità di riaffermarne il significato al fine di evitare che, prendendo le mosse da carenze riscontrabili («difetti e disparità da colmare»), lo si voglia, non già «preservare e potenziare», ma eventualmente snaturare o stravolgere.

Ho avuto altrove occasione di richiamare la consapevolezza, presente in molti costituenti, della multivalenza della nozione di salute, della complessità strutturale del relativo diritto e dei molteplici legami tra esso e i profili organizzativi dei servizi sanitari⁸: non solo a molti dei costituenti italiani era ben presente la definizione ampia di salute adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1946, ma alcuni di essi, e in particolare i componenti del Gruppo medico parlamentare, cui si deve l'impianto di base della normativa costituzionale in tema di salute, colsero la complessità strutturale del relativo diritto, arrivando anche a delineare con lucidità il collegamento tra il piano del diritto e quello dell'organizzazione incaricata di assicurarne la tutela⁹.

Insomma, la derivazione della tutela della salute, in quanto fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, dai principi costituzionali di eguaglianza sostanziale e di solidarietà (superando impostazioni paternalistiche e, si direbbe oggi, "compassionevoli"), e lo stretto legame tra la garanzia di tale diritto e l'organizzazione dei servizi sanitari che concorrono ad assicurarne la tutela, furono acquisizioni preziose che aiutarono il percorso successivo.

Tale percorso, tutt'altro che agevole a causa del peso degli interessi costituiti attorno al sistema mutualistico e delle inevitabili resistenze professionali¹⁰, riuscì a sfociare nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge n. 833 del 1978: un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) e che ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere

⁸ R. Balduzzi, *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, 5394; Id., *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 4/2021, 48 ss. *Com-plexus*, si sa, rimanda nell'etimo al significato di "tessuto insieme", e dunque intrecciato, embricato: il "fondamentale diritto dell'individuo", di cui all'art. 32 Cost., esemplifica bene siffatta complessità, accentuata dalla circostanza che, in sede di coordinamento finale del testo costituzionale, l'aggettivo "fondamentale" venne riferito non soltanto al diritto individuale, ma altresì all'interesse della collettività. La consapevolezza di questa duplice fundamentalità è cresciuta proprio attraverso l'esperienza della pandemia da SARS-CoV-2; su alcune conseguenze di tale drammatica vicenda v. già il mio, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale? (con un approfondimento su un ente poco conosciuto, l'INMP)*, in *Corti Supreme e Salute*, 1/2020, 65 ss. Da solo, il diritto alla salute può anche non venire considerato come assolutamente prevalente (Corte cost., sent. n. 185 del 2013, c.d. *Ilva I*), ma, nell'intreccio con l'interesse della collettività, può e, in certi casi, deve prevalere ("tirannico"? no: semplicemente basico, "fondamentale" appunto, cioè dove tutto nasce).

⁹ Per sviluppi su questi profili nel dibattito in Assemblea costituente, v. R. Balduzzi, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2/2019, 382 ss.

¹⁰ Su queste difficoltà, è illuminante F. Taroni, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, 539 ss.; Id., *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, con presentazione di R. Balduzzi, Roma, 2019, 34 ss.

l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle¹¹.

Siffatto modello universalistico di Ssn ha sempre incontrato resistenze, le quali dapprima trovarono espressione nell'art. 9 del d. lgs. n. 502/1992 con la previsione di "forme differenziate di assistenza"¹², successivamente nelle proposte degli anni Novanta in tema di livelli "minimi" di assistenza sanitaria¹³ e nelle richieste di referendum presentate dai radicali nel 1997 e nel 2000 (e dichiarate inammissibili dalla Corte costituzionale: sentt. n. 37 del 1997 e n. 43 del 2000). Nel complesso, tuttavia, le "riforme della riforma" sinora intervenute¹⁴, hanno consolidato il Ssn, avendo finito per prevalere, tra i possibili approcci di politica sanitaria, quello consistente sia nella valorizzazione in chiave universalistica del principio costituzionale di solidarietà sociale (art. 2 Cost.), sia nella nozione di livelli essenziali di assistenza, intesi come necessari e appropriati, che hanno anticipato i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», ai sensi della lettera *m*) del secondo comma dell'art. 117 della Costituzione, nel testo introdotto dalla riforma del Titolo V del 2001, e che costituiscono la conferma dell'altro principio cardine del Servizio sanitario nazionale, quello di globalità.

I connotati di fondo del sistema sanitario sono rimasti inalterati anche

¹¹ Per alcune considerazioni di attualità sul punto, v. R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2/2019; L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2/2020.

¹² Che avrebbero aperto la strada alla sanità "a doppio pilastro" e che furono prontamente corrette, ripristinando la distinzione tra prestazioni integrative di quanto garantito dal Servizio sanitario nazionale, e prestazioni sostitutive del medesimo, con il d. lgs. n. 517 del 1993, figlio della stessa "madre", cioè la l. n. 421/1992, rispetto al d.lgs. n. 502/1992, ma con un "padre" diverso, per via dei diversi Governi che li approvarono, e in particolare del diverso Presidente del Consiglio dei ministri e del diverso Ministro della sanità ...

¹³ Sulla distinzione tra livelli "minimi" e livelli "essenziali", rinvio a R. Balduzzi, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, 57 ss.). Le oltre seimila tipologie di prestazioni racchiuse nei Lea, che svolgono l'impianto costituzionale e connotano in modo non riduttivo la sanità "sostenibile", sono un altro giusto vanto del nostro Paese, da completare con un analogo sforzo per quanto attiene al profilo socioassistenziale del bisogno.

¹⁴ D.lgs. 502/1992; d.lgs. 517/1993; d.lgs. 229/1999; d.-l. 158/2012, conv. nella l. 189/2012); per un quadro di sintesi v. R. Balduzzi, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, 465 ss. Sulla "numerazione" delle riforme sanitarie, v. Id., *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Studi in onore di Giovanni Ferrara*, Torino, 2005, 253 (spec. nt. 8); *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un'introduzione*, in R. Balduzzi (a cura di), *I Servizi sanitari regionali, tra autonomie e coerenze di sistema*, Milano, 2005, 10; successivamente, A. Mattioni, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. Balduzzi (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 12 ss.; B. Pezzini, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018, 560.

durante il difficile triennio 2011-2013¹⁵, finendo anzi, proprio in quel periodo, per trovare sistemazione nell'art. 1 del d.-l. n. 158/2012, dedicato al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, la quale costituisce il *pendant* della riforma ospedaliera, confermando l'unitarietà della rete dei servizi socio-sanitari, articolati in una sottorete ospedaliera e in una sottorete territoriale¹⁶.

Nell'insieme, dunque, un sistema sanitario che, nel tempo, ha saputo dare molto con risorse contenute¹⁷ e che oggi, dopo tre anni di pandemia, è attraversato da profonde difficoltà e inquietudini che attengono, al tempo stesso, alla sua sostenibilità e alla permanenza del suo nucleo forte dei cinque principi sopra richiamati.

B) *Le principali debolezze enfatizzate dalla pandemia*

La pandemia ha visto certamente impreparato (anche) il sistema sanitario italiano¹⁸, i cui limiti tuttavia sono addebitabili non tanto ai caratteri e all'architettura del Ssn, quanto piuttosto alla mancata o insufficiente attuazione dei medesimi. Se infatti sgombriamo il campo dalla inesatta rappresentazione di una carenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva frutto dei "tagli" dei decenni passati¹⁹, ci accorgiamo che i punti di debolezza principali

¹⁵ Nel corso del quale, a fronte di una drammatica situazione economico-finanziaria dell'intero Paese, il settore sanitario è comunque riuscito ad esprimere capacità di autovalutazione e volontà di riscossa: si pensi, in particolare, alla parte dedicata alla sanità della c.d. *spending review* (art. 15 d.l. n. 95/2012, che ha, tra l'altro, dato origine agli standard ospedalieri previsti nel d.m. 2 aprile 2015, n. 70, e considerati specificazioni dei livelli essenziali di assistenza) e al d.l. n. 158/2012, significativamente intitolato *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*.

¹⁶ In senso analogo, v. I. Ciolli, *La salute come diritto in movimento, Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario, oggi*, in *Bio-Law Journal, Rivista di BioDiritto*, 2/2019, 13-33.

¹⁷ V. i dati recentemente esposti e commentati in CREA, *XVIII Rapporto Sanità – Senza riforme e crescita, SSN sull'orlo della crisi*, a cura di F. Spandonaro, D. D'Angela, B. Polistena, Roma, 2022.

¹⁸ La pandemia ha disvelato, nel nostro come negli altri Paesi (si vedano gli scritti raccolti in *DPCE on line*, 2/2020, a cura di A. Vidaschi e L. Cuocolo), un'impreparazione (della scienza, della politica, dell'amministrazione, dei singoli) generalizzata. La vicenda dell'aereo con un carico di 18 tonnellate di mascherine che a metà febbraio parte da Brindisi per la Cina (v., sul punto, P. Perulli, *Nel 2050. Passaggio al nuovo mondo*, Bologna, 2021, 152) è al tempo stesso segno di solidarietà e sintomo dell'inconsapevolezza. Le ragioni di quell'impreparazione vanno al di là delle scelte di politica sanitaria, e attengono a profili di ordine culturale il cui esame esula da questo scritto (il "presentismo", l'abitudine a vivere in "tempo reale").

¹⁹ Riprendo quanto evidenziato, nei primi mesi dopo lo scoppio della pandemia, in *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità*, cit., 342 (nt. 14): per quanto concerne il numero dei posti letto di terapia intensiva (in strutture pubbliche e accreditate), è sufficiente consultare gli annuari statistici del SSN per rilevare che, tra il 1997 e 2017, esso è complessivamente aumentato, secondo un andamento che non ha mutato di segno a seguito dell'applicazione del d.m. 70/2015 e che risultava confermato (con circa 5100 posti) quando, nei primi giorni di marzo 2020, è stato avviato il piano di potenziamento che avrebbe portato quasi a raddoppiarli nel giro di alcune settimane (erano 4996 nel 2017, anno di riferimento dell'ultimo annuario disponibile, pubblicato nel 2019). V., ora, i

si concentrano in due ambiti: a) nel settore dell'assistenza territoriale e in quello dell'integrazione socio-sanitaria, cioè proprio i due settori nei quali più forte era stato lo sforzo riformatore (per quanto attiene alla prima, già si è fatto un cenno a proposito della riforma del 2012; quanto alla seconda, essa era stata al centro della riforma del 1999²⁰); b) nel problematico raccordo tra i diversi livelli di governo, in particolare tra quello statale e quello regionale.

a) Circa il primo ambito, è sufficiente ricordare, in primo luogo, le vicende normative e ordinamentali della medicina generale, la cui riqualificazione e riorganizzazione costituì uno degli obiettivi primari del d.l., n. 158/2012²¹, al punto da includere, nella consapevolezza della fatica e delle resistenze che avevano in precedenza sempre caratterizzato i tentativi di riorganizzazione, una specifica clausola, in virtù della quale, ove entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici convenzionati, il Ministro della salute avrebbe emanato «disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi» della riforma²²; in secondo luogo, la crucialità dell'integrazione socio-sanitaria, per la sua stretta connessione con il riordino della sanità territoriale²³ e per le difficoltà che essa ha sempre incontrato nel nostro Paese²⁴.

dati e il commento contenuti nel *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2020-2021*, deliberato dalla Corte dei Conti, Sezione delle autonomie, il 19 dicembre 2022 (del. n. 19/SEZAUT/2022FRG).

²⁰ In tema di integrazione socio-sanitaria, si v. gli scritti raccolti in *Corti Supreme e Salute*, 2/2018, 245-376, introdotti dal mio *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta. Presentazione di un Convegno sul socio-sanitario e della correlata ricerca*, 245-248.

²¹ Compresa la parte di rilievo sanitario inclusa nel d.-l. n. 95/2012, conv. l. 135/2012, c.d. *spending review*, e del suo principale provvedimento attuativo, cioè il già menzionato decreto ministeriale sugli standard ospedalieri) del sistema sanitario, in cui alla rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera e della relativa spesa si accompagnava, finalmente, la riorganizzazione della sanità territoriale e della relativa spesa, a partire dal suo "cuore", cioè la medicina generale.

²² Art. 1, comma 6, d.-l. n. 158/2012.

²³ Essa viene a integrare, nel significato stretto della parola (cioè di portare a pienezza), due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico. Su tale nozione, e sulle ragioni a favore o contro rispetto alla scrittura con o senza trattino, si vedano i contributi pubblicati in *Corti Supreme e Salute*, 2/2018, 245 ss.

²⁴ La prima è strettamente concettuale, e attiene alle tante sfaccettature della nozione (professionale, gestionale, orizzontale tra comuni, verticale tra comuni e regioni, "comunitaria", cioè riferita agli enti e alle organizzazioni del Terzo Settore: v., per tutti, E. Rossi, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?* in *Corti Supreme e Salute*, 2/2018, 249 ss.); la seconda concerne la perdurante parziale assenza, almeno in via generale, dello strumento capace di fornire la base conoscitiva e concettuale per una reale integrazione, cioè la definizione e standardizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, i cosiddetti LIVEAS (dopo l'art. 1, comma 159, della l. 30 dicembre 2021, n. 234, rientranti nei livelli essenziali delle prestazioni sociali, LEPS e, oggi, dopo l'art. 1, commi 701-801 della l. 29 dicembre 2022, n. 197, ribattezzati nuovamente come LEP: sul punto, v. 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*, 1/2023), la cui declaratoria impegna ormai da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi. Per sviluppi sul punto, v. R. Balduzzi, *La questione*

b) Circa il secondo ambito, è indubbio che, anche nel nostro Paese²⁵, la pandemia ha posto sotto tensione i rapporti tra centro e periferie, ed è «subito emersa una posizione fortemente critica: si è chiesto un forte riaccanimento dei poteri pubblici, in quanto il decentramento territoriale – soprattutto sul versante delle Regioni – sarebbe stato una delle cause principali cui imputare la fragilità e l'insufficienza delle risposte offerte dalle istituzioni. Insomma, si dovrebbe procedere ad una “controriforma” rispetto a quella del 2001, considerati i deludenti risultati che ne sarebbero conseguiti, tanto più considerato quanto è accaduto durante l'epidemia sanitaria»²⁶. Da opposta angolatura, come talvolta succede in Italia, si sono recuperate le proposte di c.d. regionalismo differenziato, così da assegnare nel campo della tutela della salute competenze legislative alle regioni non limitate dai principi fondamentali delle leggi statali²⁷.

L'una e l'altra posizione appaiono viziate da preconcetti politico-ideologici.

La prima posizione, perché molte delle polemiche circa l'inadeguatezza delle norme costituzionali di riparto delle competenze tra Stato e regioni ad assicurare un contrasto efficace della pandemia sono state affrettate o pretestuose, in quanto, come ho ampiamente argomentato altrove e come ha secamente sancito la giurisprudenza costituzionale a partire dalla sent. n. 37 del 2021, i poteri assegnati al centro, anche a seguito della revisione costituzionale del 2001, ci sono e si tratta di volersene servire bene²⁸; e non è casuale

sanitaria e i conflitti di competenza nell'emergenza pandemica, in N. Antonetti, A. Pajno (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia*, cit., 47.

²⁵ Indicazioni in A. Morrone, *Per la Repubblica delle autonomie dopo la pandemia, in Europa*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2021, 29 ss.; più di recente, si v. i saggi raccolti nel n. 3/2023 di *Federalismi*.

²⁶ Così l'editoriale di Giulio Salerno, in *Newsletter Issirfa*, dicembre 2022.

²⁷ Circa il disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri il 2 febbraio 2023 (*Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario*), v. l'intervista a Sandro Staiano, a firma di D. Cerbone, comparsa su *Nagora.org*, 16 febbraio 2023.

²⁸ Per sviluppi sul punto, si v. il mio *La questione sanitaria e i conflitti di competenza*, cit., 30 ss. Il nuovo Titolo V ha certo inciso significativamente, in via generale, sull'assetto dei rapporti Stato-regioni, ma, in campo sanitario, la sua incidenza è stata modesta, per non dire nulla: l'affidamento della materia sanitaria alle regioni risale all'Assemblea costituente e il nuovo Titolo V non ne ha modificato i tratti caratteristici, mentre la cosiddetta regionalizzazione della sanità risale al d.lgs. n. 502/1992, confermata, sotto questo profilo, dal d.lgs. n. 517/1993, e “completata” dal d.lgs. 229/1999, cioè tutti provvedimenti anteriori al 2001. A questi argomenti si oppone generalmente l'esistenza di ventuno sistemi sanitari diversi, avvertita, specie in questi tre anni di pandemia, come intollerabile: ma il Servizio sanitario nazionale è il complesso dei Servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale (per es., Istituto superiore di sanità, Agenas, Aifa, Istituto nazionale migrazione e povertà) ed è unitario: la lungimiranza dei costituenti fu nel capire che i servizi sanitari sono sì meglio organizzabili e gestibili lasciando spazi di autonomia alle regioni, ma dentro una cornice unitaria che consenta alla salute di essere garantita dalla Repubblica. In proposito, non è casuale che proprio l'unica regione che abbia voluto discostarsi, come modello, da quello del Ssn, abbia mostrato, nonostante le favorevoli condizioni di ricchezza economico-sociale e la presenza, sul territorio regionale, di ben diciotto istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (su un totale

che la risposta più puntuale ai critici della regionalizzazione stia nel complesso di disposizioni normative inserite nel d.lgs. n. 112/1998, cioè in un atto che rappresenta la punta più avanzata, sinora, delle spinte regionaliste all'interno dell'ordinamento italiano²⁹.

La seconda posizione, quella dei fautori del c.d. regionalismo differenziato, appare per contro condizionata dall'intendimento di modificare non tanto il rapporto Stato-regioni, ma il nucleo stesso del Servizio sanitario nazionale: l'intreccio tra le richieste di autonomia "totale" (senza il vincolo del rispetto dei principi fondamentali) in tema di compartecipazione alla spesa e quelle concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi permetterebbe infatti a singole regioni di derogare sostanzialmente all'assetto di fondo del Ssn e a una delle sue regole-base (quella per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale), provocandone così la destrutturazione. Non è difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere personale sanitario con minori vincoli e di retribuirlo in misura "differenziata", la costruzione di un sistema "a doppio pilastro", nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del

nazionale di oltre cinquanta), una diffusa debolezza, e che la rete complessiva dei suoi servizi abbia denotato vistosi difetti di funzionamento (sulla più recente riforma sanitaria lombarda v. le mie considerazioni in *Balduzzi: serve un vero cambio di mentalità e cultura*, in *Avvenire*, 31 dicembre 2021, 8). Una seconda obiezione è la seguente: con la regionalizzazione, abbiamo sanità diversamente efficienti a seconda delle regioni, con diverse velocità e qualità dei servizi. Qui l'obiezione non è al Titolo V, inteso come responsabile di una devoluzione eccessiva di competenze alle regioni, ma alla regionalizzazione in sé. Forse converrebbe interrogarsi sulla correttezza metodologica di confrontare la qualità sanitaria di territori dove tutto è diverso, mentre il confronto vero dovrebbe essere tra diversi settori (sanità, istruzione, trasporti, assistenza sociale, ecc.) all'interno della medesima regione, per verificare se comunque i servizi sanitari regionalizzati non siano, anche in territori svantaggiati, il settore che comparativamente funziona meglio. Per un esempio della *vulgata* corrente, che unisce valutazioni palesemente errate sotto il profilo giuridico-costituzionale a veri e propri travisamenti fattuali, v. C. Sartoretti, *La risposta francese all'emergenza sanitaria da Covid-19: Stato di diritto e Costituzione alla prova della pandemia*, in *questa Rivista*, 2/2020, 1638 (nt. 1).

²⁹ L'art. 117 di tale decreto legislativo prevede che, in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica che interessino più ambiti regionali, i provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la creazione di centri e organismi di referenza o assistenza, spettino allo Stato. Vanno considerati altresì, sempre all'interno del d.lgs. 112/1998: l'art. 112, comma 3 lett. g), là dove assegna alla competenza statale "la sorveglianza e il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali"; l'art. 118, comma 1, lett. e), che impone alle regioni obblighi di comunicazione concernenti, tra l'altro, l'insorgenza e la diffusione di malattie umane o animali; l'art. 115, comma 4, che assegna allo Stato il coordinamento dell'attività di costituzione di scorte di medicinali di uso non ricorrente, di sieri, vaccini e presidi profilattici; l'art. 126, che mantiene allo Stato le funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale. Sembra pertanto corretto concludere che, (almeno) in tema di emergenze sanitarie, per quanto attiene al riparto delle competenze tra Stato e regioni, non sembra si possa parlare per l'Italia di un modello «dualista e paritario, quindi indeciso» (così, invece, A. Morrone, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 1/2020).

settore privato. Insomma, alla base delle proposte di estendere l'applicazione dell'art. 116, comma 3 Cost. anche alla materia della tutela della salute sembra esservi la propensione, neanche troppo sottaciuta, alla progressiva privatizzazione del Ssn e dunque al superamento del modello della legge n. 833/1978³⁰.

C) *Le risposte del Piano nazionale di ripresa e resilienza*

Anche in forza della contraddittorietà delle due posizioni appena richiamate, le risposte alla crisi pandemica si sono concentrate essenzialmente con riferimento alle debolezze emerse nell'ambito della sottorete territoriale.

In un primo momento, già nei primi mesi dall'inizio della pandemia, riproponendo il tema dell'integrazione socio-sanitaria, a partire non soltanto da generosi, ma sino ad allora inconcludenti, tavoli di concertazione inter-istituzionale, bensì da un vissuto articolato di esperienze³¹, sulla cui base individuare quella standardizzazione delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione che abbiamo visto essere il nodo principale delle difficoltà sinora incontrate³².

Alla sperimentazione prevista dal comma 4-*bis* si sono in un secondo momento affiancate, con ben diversa dotazione economica e ambizione, le indicazioni contenute nel *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, le quali, nel riprendere taluni spunti già presenti nel d. m. 2 aprile 2015, n. 70 in tema di continuità ospedale-territorio, da un lato hanno denunciato l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali³³, e dall'altro hanno previsto l'emanazione entro tempi brevi di un decreto ministeriale contenenti gli standard per l'assistenza territoriale³⁴. Il *Piano* individua nella "Casa della comunità" il principale presidio territoriale (l'altro è

³⁰ Si vedano i saggi raccolti in *Corti Supreme e Salute*, 1/2020, nonché R. Balduzzi, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza*, cit.; R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato*, cit.

³¹ Ciò è avvenuto inizialmente con l'art. 1, commi 3, 4 e 4-*bis* del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella l. 17 luglio 2020, n. 77, che ha previsto, al fine di assicurare «il massimo livello di assistenza» a favore dei soggetti contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso e di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti» per i pazienti in isolamento, la sperimentazione, coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, di «strutture di prossimità» ispirate «al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro».

³² *Retro*, nt. 24.

³³ Questa parte del Piano si ricollega evidentemente al comma 4-*bis*, il quale "confessa" tale inadeguatezza quando individua nella "piena integrazione socio-sanitaria" (corsivo mio) il principio ispiratore della sperimentazione di strutture di prossimità.

³⁴ Così è avvenuto con l'emanazione del d.m. 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* (pubblicato in *G.U.* n. 144 del 22 giugno 2022), composto di quattro articoli e degli Allegati 1 e 2, aventi rispettivamente valore descrittivo e prescrittivo, nonché dell'Allegato 3 che reca, a fini definatori, il glossario degli acronimi impiegati.

costituito dagli “Ospedali di comunità”³⁵), e la configura come strumento attraverso cui coordinare i servizi offerti sul territorio, in particolare per i malati cronici³⁶. Riandando ai precedenti delle Case della comunità, e in particolare all’esperienza delle cosiddette “Case della salute”³⁷, non si possono

³⁵ Su questa tipologia di ospedali, v. l’Intesa sancita il 20 febbraio 2020 in sede di Conferenza Stato-regioni, che li definisce come “Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità” (OdC). Il menzionato d.m. n. 77/2022, riprendendo tali indicazioni, precisa, a livello descrittivo, che l’OdC può altresì essere collocato in una Casa della Comunità e ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20, eventualmente estendibili sino a due moduli ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto; nella parte prescrittiva del decreto, si individua lo standard di un OdC dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti, con i relativi standard di personale. Sul necessariamente diverso significato del termine “Comunità” riferito alle “Case” o agli “Ospedali”, v. più avanti nel testo.

³⁶ La Casa della comunità (CdC), secondo il *Piano*, costituisce «una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale (...) La Casa della comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un’infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento». Sul punto, per ulteriori indicazioni, v. R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia*, cit., pp. 48 ss. La menzionata l. 30 dicembre 2021, n. 234 (legge di bilancio 2022), all’art. 1, comma 163, prevede che il Servizio sanitario nazionale e gli ambiti territoriali sociali, di cui all’art. 8, comma 3, lett. a) della l. n. 328/2000 (che costituiscono, ai sensi del comma 160 della l. n. 234/2022, «la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS»), «garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l’accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate “Case della comunità”», e questo è il primo riferimento a queste ultime che compare in un atto-fonte di rango legislativo. Il d.m. n. 77/2022 qualifica, nella parte descrittiva, la CdC come «una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l’accesso, l’accoglienza e l’orientamento dell’assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del Ssn»; nella parte prescrittiva, la CdC è intesa come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento», precisando che in essa «lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale», oltre ai relativi standard organizzativi e di personale (distinguendo tra CdC *hub*, per la quale ne è prevista una ogni 40.000-50.000 abitanti, e CdC *spoke*, cui sono assimilati gli ambulatori dei MMG e dei PLS), e che tutte le aggregazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono ricomprese nelle CdC, «avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente», e che alle CdC accederanno anche gli specialisti ambulatoriali. Non servono molte parole per cogliere che proprio il rapporto tra CdC e aggregazioni dei MMG e dei PLS costituisce un nodo lasciato irrisolto, non avendo il livello centrale reputato, in questi dieci anni, di attuare, come si è visto più sopra, la riforma del 2012...

³⁷ L’art. 1, comma 806, lett. a) della l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), aveva previsto una “sperimentazione del modello assistenziale case della salute”, finanziata attraverso un “Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale” (comma 805), istituito «al fine di rimuovere gli squilibri sanitari

non sottolineare analogie e differenze tra i due percorsi svolti. Il primo prevedeva un Fondo, una sperimentazione, linee guida ministeriali (e anche il percorso delle «strutture di prossimità» di cui al menzionato comma 4-*bis* ha seguito tale schema) e ha avuto un'attuazione concreta tormentata e disomogenea³⁸: pur con evidenti limiti, esso costituisce un precedente importante al fine di raggiungere davvero gli obiettivi prefissati e in particolare quello di contemperare l'esigenza di rispettare i margini, esistenti e importanti, di autonomia organizzativa regionale con l'esigenza di attenuare le disegualianze territoriali assicurando standard uniformi per la presa in carico reale della persona bisognosa.

Il *Recovery Fund* e il programma *Next Generation EU* hanno costituito un evidente cambio di scenario e il conseguente *Piano nazionale di ripresa e resilienza* ne ha potuto trarre beneficio³⁹. Nella prospettiva di un'effettiva integrazione socio-sanitaria, avevo già provato a individuare alcuni correttivi da apportare al *Piano* stesso e alcuni suggerimenti per la sua interpretazione e attuazione⁴⁰, taluni dei quali fatti propri nel d.m. 77. In particolare, ciò vale per la previsione della presenza obbligatoria, all'interno della Casa della comunità, dell'assistente sociale, che va integrato nel team multidisciplinare insieme ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, ai medici specialisti, agli infermieri di comunità e agli altri professionisti della salute, così da assicurare che il punto unico di accesso (PUA) possa valutare e prendere in carico il bisogno sia a monte, sia a valle. Non è stata, per contro, tenuta presente l'opportunità di collegare la sperimentazione di cui all'art. 1, comma 4-*bis* con gli investimenti concernenti le Case della comunità⁴¹, così

connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale». Sulla base di questa disposizione normativa, con d.m. 10 luglio 2007 (*G.U.*, serie gen., 10 ottobre 2007, n. 236), recante le linee guida per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute e l'accesso al relativo cofinanziamento, si enunciavano le caratteristiche essenziali delle medesime (avere al proprio interno gli studi dei medici di medicina generale, assicurare continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 h, integrare gli ambulatori della specialistica ambulatoriale, includere tecnici della riabilitazione e della prevenzione, ecc.). Per quanto attiene all'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, il d.m. richiedeva la presenza nella struttura dello Sportello unico di accesso, attraverso il quale avrebbe dovuto realizzarsi «la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende (*sic!*) la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale».

³⁸ La disomogeneità nell'attuazione delle Case della salute è bene ripercorsa nel Rapporto 2020 del Crea: <https://www.fpcgil.it/2020/07/16/sanita-report-case-salute-modello-incompiuto/>. Per indicazioni generali, v. A. Brambilla, G. Maciocco, *Le Case della Salute*, Roma, 2016.

³⁹ Il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza (regolamento RRF) con l'obiettivo specifico di fornire agli Stati membri il sostegno finanziario al fine di conseguire le tappe intermedie e gli obiettivi delle riforme e degli investimenti stabiliti nei loro piani di ripresa e resilienza; per tutti si v. M. Clarich, *Il piano nazionale di ripresa e resilienza tra diritto europeo e diritto nazionale*, cit.

⁴⁰ V. R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia*, cit., 52-54.

⁴¹ Il *Piano* prevede l'attivazione di 1350 Case della Comunità entro la metà del 2026, con

da permettere di sviluppare, nella fase della sperimentazione⁴², un modello organizzativo coerente con il territorio di riferimento e con le indicazioni del *Piano*: ma va da sé che, anche in considerazione della, almeno apparente, freddezza che l'esecutivo in carica sembra avere nei confronti di un modello forte di Case della comunità⁴³, puntare sulle buone pratiche già realizzate in via sperimentale sembra essere alquanto saggio. Almeno sulla carta, poi, il d.m. 77 assegna un ruolo importante ai compiti di coordinamento spettanti al Ministero della salute, andando oltre alla timidezza con cui si è data attuazione al comma 4-*bis* (e dunque intendendo tali poteri in senso riduttivo, come mera previsione dei caratteri generali delle strutture di prossimità e garanzia della corretta ripartizione delle risorse), e sottolineandone il ruolo di *playmaker* impegnato e attivo, anche attraverso lo stimolo alla predisposizione degli strumenti di base per potere correttamente leggere i bisogni di un territorio e adeguare ad essi i requisiti delle strutture deputate al loro soddisfacimento.

D) *Il rafforzamento del legame tra diritto alla salute e organizzazione dei servizi sanitari: considerazioni sull'adeguatezza della risposta italiana e sui suoi presupposti tecnico-finanziari, culturali e politici*

Come si è visto, la principale risposta istituzionale italiana alle questioni concernenti l'organizzazione sanitaria evidenziate dalla pandemia è stata l'emanazione del d.m. n. 77/2022. In questa sede trascurerò i profili procedurali e quelli concernenti la base normativa del decreto stesso e la sua collocazione

la possibilità di utilizzare sia strutture già esistenti, sia nuove, per un costo complessivo stimato in 2 miliardi: di gran lunga, dunque, l'investimento nel settore della salute più ingente mai programmato, il che rafforza l'esigenza che i profili sanitari, socio-sanitari e sociali si integrino per impedire che l'esito dell'investimento stesso sia riduttivamente circoscritto alla sola edilizia sanitaria, ma, appunto, consenta la realizzazione di strutture che permettano di contrastare le situazioni di vulnerabilità attraverso percorsi di continuità delle cure e di corresponsabilizzazione dei destinatari della presa in carico e dei contesti comunitari di riferimento, così che le persone più fragili siano messe nelle condizioni di fare fronte sia alle situazioni ordinarie di disagio e di malattia, sia a situazioni emergenziali. Va da sé, poi, che gli interventi di edilizia sanitaria non potranno non essere pensati in stretta coerenza con le altre indicazioni del *Piano*, in particolare con quelle di sostenibilità ambientale.

⁴² Sull'importanza di rovesciare il modello *top-down* e dunque sul ruolo essenziale di sperimentazioni a livello territoriale, volte appunto a privilegiare un modello fondato «sulla circolarità dei processi decisionali, non più dall'alto verso il basso nella precisazione dell'azione, dei modi di agire, ma capace di esprimere azioni frutto di una co-decisione che costruisce la programmazione e i programmi dal basso verso l'alto (all'inverso del modello classico degli anni '70)», mi fa piacere ricordare le pagine di P. Carrozza, *La «Società della Salute». Il modello toscano di gestione integrata dell'assistenza sociale e della sanità territoriale alla luce dei principi sanciti dagli artt. 5, 32 e 118 Cost.*, in *Il rispetto delle regole. Scritti degli allievi in onore di Alessandro Pizzorusso*, Torino, 2005, 143.

⁴³ Ad es., si v. l'intervento del sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, riferito da www.saluteinternazionale.info del 5 dicembre 2022.

nel sistema delle fonti⁴⁴, per concentrarmi sul “modello” di assistenza sanitaria territoriale⁴⁵ e, in particolare, su quali siano i presupposti, distinguibili in tecnico-finanziari, culturali e politici, che possono agevolare l’attuazione del Piano e degli strumenti che da esso sono derivati.

a) Quanto ai presupposti tecnico-finanziari, emerge anzitutto la questione delle risorse di personale, specialmente per le Case della comunità e per gli Ospedali di comunità⁴⁶: sembra difficile risolverla, per quanto attiene al personale medico, se non attraverso l’assegnazione a queste strutture, in una qualche forma, dei medici di medicina generale e degli specialisti convenzionati.

b) Quanto ai presupposti di ordine culturale, va detto che il senso della Casa della comunità, evoluzione del modello della “Casa della salute”, che costituisce il cuore del nuovo modello di sanità territoriale, non può essere riduttivamente colto come una mera rivisitazione di quest’ultima, ma trae da tale esperienza, come prima sottolineato, le lezioni per non ripeterne le insufficienze⁴⁷ e rendere biunivoco il rapporto tra bisogno e servizio, dando contenuto effettivo alla nozione di presa in carico del bisogno stesso. In tale prospettiva, “comunità” non è sinonimo di “salute”, e pertanto, anche per le regioni “virtuose” (quelle, poche, che hanno implementato il modello delle Case della salute), l’assetto previsto dal d.m. 77 può essere di qualche utilità⁴⁸. Sembra poi persistere una certa incomunicabilità tra “sociale” e “sanitario”: pur essendo generalmente riconosciuta la centralità dell’integrazione

⁴⁴ Su di esse, v. R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, 461 ss.

⁴⁵ Parlo di “modello” al singolare perché, nonostante il titolo del decreto rechi il plurale (modelli), l’art. 1 parla di «modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale».

⁴⁶ La questione, sollevata in particolare dalla Regione Campania per motivare la mancata intesa sullo schema di decreto, muove dal presupposto che le risorse a questi destinate dal Pnrr e dal Piano complementare sono risorse per investimenti. Al netto di qualche, pure importante, riorganizzazione e redistribuzione, è indubbio che, stando agli standard di personale individuati (per difetto) dal d.m. 77, servirebbe un *surplus* di personale tale da richiedere un investimento di risorse aggiuntive, a partire dal 2026, di circa il 25%. Poiché l’attuale monte-risorse è stato elevato essenzialmente per ragioni di pandemia (nel senso che gli incrementi sono correlati alle maggiori spese per il contrasto al CoViD-19), il problema certamente esiste: anche ammesso che le risorse aggiuntive da pandemia possano essere stabilizzate, resterebbero da finanziare quelle derivanti dai nuovi standard territoriali, tenuto anche conto che un’eventuale *new spending review* (ammesso che sia praticabile politicamente) difficilmente consentirebbe comunque di centrare l’obiettivo di +25%...

⁴⁷ E ciò anche alla luce del precedente diretto e immediato costituito dalle menzionate “strutture di prossimità” (*retro*, nt. 31; sul punto, v. ancora R. Balduzzi, *Cinque cose da fare (e da non fare)*, cit., 339 ss.; E. Rossi, *Le “Case della comunità” del Pnrr: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2021, pp. 361 ss.): in particolare, il genitivo possessivo qui dovrebbe esprimere una più forte imputazione e integrazione tra le persone dimoranti in un determinato luogo e l’organizzazione integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali.

⁴⁸ Sempre sotto il profilo culturale, la parola “comunità”, presente nella denominazione “Ospedali di comunità” non ha il medesimo senso che deve rinvenirsi nella denominazione di “Case della comunità”: mentre in queste ultime, appunto, esprime quel rovesciamento

sociosanitaria⁴⁹, come molte buone pratiche dimostrano⁵⁰, manca ancora una compiuta sinergia tra le amministrazioni centrali, e ciò concorre a spiegare perché i LEPS dell'autosufficienza siano stati introdotti, nella legge di bilancio per il 2022, senza alcun coordinamento con i LEA sanitari, nonostante questi ultimi lo richiedano⁵¹.

c) Quanto ai presupposti politici, il più importante è quello che attiene alla medicina generale. Non si tratta di un presupposto di ordine culturale, perché da molto tempo la comunità scientifica e quella degli operatori avevano previsto l'inserimento organico dei medici di medicina generale all'interno delle Case della salute⁵², e neppure di ordine tecnico-finanziario, già

tendenziale del rapporto tra servizio e bisogno al fine di una reale presa in carico, nell'espressione Ospedali di comunità essa sembra fare riferimento genericamente a una risposta intermedia tra l'assistenza primaria e quella ospedaliera, ma non a un primo livello di quest'ultima. Sul punto, si v. il documento tecnico allegato al d.m. 70/2015: «10.1 Ospedale di comunità. È una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano: di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare); di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso [...]». Appare pertanto incongruo avere conservato, nella parte "descrittiva" la possibilità di raddoppiare il numero dei posti letto: la contraddizione tra lo *standard* "prescrittivo" e la fraseggiatura "descrittiva" non è soltanto una contraddizione interna al documento, ma apre al rischio di una pericolosa involuzione della figura dell'Ospedale di comunità, che verrebbe assimilato ai piccoli ospedali del passato, con la conseguenza di venire a derogare a uno dei criteri ispiratori del d.m. n. 70/2015.

⁴⁹ *Retro*, § 2.

⁵⁰ Lo evidenziano, da ultimo, le buone pratiche descritte in alcuni *project-works* elaborati dagli allievi del primo Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della comunità" promosso dall'Università Cattolica del Sacro Cuore (in collaborazione con Federsanità-Anci, Associazione Prima la Comunità, Società italiana di diritto sanitario) nell'a.a. 2021/2022, pubblicati in LaboST – Laboratorio permanente sulla sanità territoriale, *Le trasformazioni della sanità territoriale: 12 progetti a cura degli allievi del primo Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione della Casa della comunità"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022, 475 ss.

⁵¹ Si veda il già menzionato allegato 1 del d.m. n. 70/2015. Si continuano poi ad avere parole che stentano ad assumere la forma di cose e di sostanza: ad es., il distretto sociosanitario. Frettolosamente inserito dopo alcuni *pre-draft* che non lo conoscevano, esso (si veda il n. 4 dell'Allegato 1) finisce in parte per ripetere la normativa del 1999, con alcune affermazioni che è difficile non considerare superflue, quale, ad esempio, quella per cui "all'interno del distretto *possono* essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della comunità hub"). Se possono, perché dirlo? E perché dirlo soltanto dei minori e dei consultori? Quando poi si scrive che al distretto possono essere ricondotte le funzioni di committenza, erogazione diretta e garanzia, l'impressione è che non si sia voluto scegliere un modello regionale. Ma allora era meglio la tecnica del d.lgs. 229/1999...

⁵² Viene in proposito sovente richiamato (si v., da ultimo, G. Razzano, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo*

affrontato nella riforma del 2012 (art. 1 d.-l. n. 158/2012). Non sarebbe sufficiente, come da qualche parte pur opportunamente si chiede, rivisitare la formazione del medico di medicina generale facendola confluire in qualche modo all'interno della formazione di livello universitario: non è che tali professionisti non conoscano il loro mestiere, è che un tale mestiere si esplica, sempre parlando in generale, con modalità poco coerenti con il funzionamento di una rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari. Ricondurre questo delicato comparto all'interno del modello reticolare del Servizio sanitario nazionale e contrastarne le derive corporative è compito precipuo della politica⁵³.

d) Vi è poi lo snodo dei rapporti tra il momento centrale e quelli regionali. La normativa vigente (art. 56, comma 2, del d.-l. n. 77/2021, conv., con modificazioni, dalla l. n. 108/2021) affida il compito di «strumento di attuazione rafforzata degli interventi finanziati dal Pnrr di competenza del Ministero della salute» al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS), prevedendo al proposito un ruolo del centro non come semplice guardiano dell'equilibrio economico-finanziario, ma come promotore attento di salute. Aveva pertanto stupito, nella prima stesura del d.m. 77, il silenzio su tale strumento. A seguito dell'interlocuzione con il Consiglio di Stato, questa prospettiva è stata inserita e andrà misurata sulla base dell'effettiva volontà di ministero e regioni di prendere sul serio lo strumento e di non considerarlo un mero adempimento amministrativo. I testi dei singoli contratti stipulati («Contratto istituzionale di sviluppo per l'esecuzione e la realizzazione degli investimenti a regia realizzati dalle Regioni e Province autonome») denotano una forte attenzione ai raccordi istituzionali⁵⁴, ancorché con qualche squilibrio tra

politico e amministrativo, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2022), un brano di Elio Guzzanti del 1977, il quale, a proposito di questa categoria professionale, così si esprimeva: «Recuperando, infatti, lo spirito e il ruolo del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, il nuovo medico di medicina generale, operante in centri di sanità o case della salute dove collabora con altri colleghi, non solo è in grado di orientare positivamente l'atteggiamento dei suoi assistiti verso la pratica della prevenzione primaria, ma è anche capace di ottenere una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche» (E. Guzzanti, *La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio. Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia"*, Istituto italiano di Medicina sociale, Roma, 1977).

⁵³ Sulla saldatura tra resistenze corporative e inerzie regionali, che spiega sia il mancato aggiornamento degli accordi integrativi regionali, sia la larga inattuazione della riforma introdotta dal d.l. n. 158 del 2012 (unitamente, per questo profilo, alla simmetrica inerzia del livello centrale), v. le considerazioni di Jorio E., Servetti D., *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2019, 277 ss.

⁵⁴ Al pari dell'attenzione che il medesimo d.-l. n. 77/2021 ha rivolto alla costruzione della *governance* del Pnrr: merita attenzione, in particolare, il titolo I della parte prima, dedicato alla «governance per il PNRR» e denominato *Sistema di coordinamento, gestione, attuazione, monitoraggio e controllo del PNRR*. L'art. 1, nel definire «il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021», afferma che «ai

coordinamento “tecnico” e coordinamento “politico”: mentre il primo conosce un’articolazione procedurale, del secondo non si danno significativi cenni, pur essendo cruciale.

e) Parimenti, un altro presupposto politico attiene al ruolo e al coinvolgimento dei comuni: senza di essi, lo si sente ripetere nella convegnistica e nei momenti formativi, non si dà integrazione sociosanitaria, in quanto la dimensione socioassistenziale finisce per restare sullo sfondo o per giustapporsi senza integrarsi. I CIS non li menzionano, ancorché gli artt. 9 e 10 del menzionato d.-l. n. 77/2021 li prevedano almeno come destinatari di un supporto tecnico-operativo⁵⁵.

f) Un ulteriore presupposto, colorato di politicità nel contesto pandemico, è quello concernente le residenze sanitarie assistenziali, attorno alle quali sembra ancora mancare una visione strategica. Per riferirmi a un’esperienza straniera per noi sempre interessante, quella canadese, è notizia di questi mesi che il loro finanziamento è assunto all’interno del finanziamento della sanità⁵⁶, e dunque le Rsa rientreranno all’interno dei cinque principi del servizio sanitario canadese (universalità, accessibilità, globalità, portabilità e finanziamento attraverso la fiscalità generale)⁵⁷.

fini del presente decreto e della sua attuazione assume preminente valore l’interesse nazionale alla sollecita e puntuale realizzazione degli interventi inclusi nei Piani indicati al comma 1». Sempre ai sensi dell’art. 1, comma 3, è in base ad un doppio titolo che trova fondamento la disciplina sulla governance: «Le disposizioni contenute nel presente decreto, in quanto direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento (UE) 2021/241, sono adottate nell’esercizio della competenza legislativa esclusiva in materia di rapporti dello Stato con l’Unione europea di cui all’articolo 117, secondo comma, lettera a), della Costituzione e definiscono, ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Si tratta di procedure che non marginalizzano l’autonomia, ma che esigono, in capo allo Stato e in capo alle regioni, una reale volontà di lavoro comune. Le difficoltà che, lungo i decenni, hanno impedito l’implementazione delle riforme e in particolare la realizzazione di un sistema efficiente di cure primarie, sono superabili non attraverso riforme costituzionali volte a ricentralizzare competenze, ma attraverso il buon governo a tutti i livelli: la “governance per il PNRR” di cui al d.-l. n. 77/2021, va valutata positivamente, anche nelle parti in cui richiama il valore dell’interesse nazionale e disegna un sistema di poteri sostitutivi. Questi ultimi, infatti, non necessariamente si oppongono ai principi di autonomia, sussidiarietà e leale collaborazione, ma, al contrario, appaiono persino doverosi - laddove ve ne sia l’esigenza - per contribuire ad assicurare quei livelli essenziali di assistenza che implicano la garanzia del fondamentale diritto alla salute in condizioni di uguaglianza: per svolgimenti ulteriori, v. R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale*, cit., 467-468.

⁵⁵ Altro nodo da sciogliere, tra i presupposti politici, tenuto conto che l’acquisizione culturale in proposito è risalente, è quello che concerne il distretto: “luogo” istituzionale deputato a garantire l’integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale, e che pertanto è chiamato a risponderne, secondo la vigente normativa (artt. 3-*quater* e segg. del d.lgs. n. 502/1992, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 229/1999), esso è ridotto, in molte situazioni regionali, a mero luogo burocratico, e ciò costituisce una concausa dell’ineffettività di molte tra le disposizioni normative dedicate all’integrazione sociosanitaria.

⁵⁶ Relativamente ai nuovi standard dei *long term care services*, v. <https://healthstandards.org/standard/long-term-care-services-can-hso21001-2023-e/>

⁵⁷ Per sviluppi, cfr. R. Balduzzi, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza*, cit., 51 ss.

g) A sé stante, in quanto presupposto che intreccia i tre profili ora ripercorsi (tecnico-finanziario, culturale e politico), è la questione della sanità digitale, che attraversa tutto il d.m. 77, dando tuttavia talora l'impressione che l'*e-health* sia considerata come un elemento accessorio, quasi neutro sotto il profilo delle scelte strategiche di sistema, ad ogni istituto previsto dal decreto, piuttosto che come lo strumento in grado di interfacciarsi con le diverse parti e la cui efficacia dipende dal grado di coinvolgimento e di adesione che i diversi attori del sistema saranno in grado di assicurare rispetto alle esigenze e ai cambiamenti che essa richiede. Da questa angolatura, che è poi quella propria dell'attitudine costituzionalistica al bilanciamento di interessi contrapposti, si può muovere per condurre un'analisi consapevole, ma non preconcepita, dei rischi e dei vantaggi dell'*e-health* e, in particolare, delle tecniche di intelligenza artificiale in un campo delicato come quello della salute⁵⁸. All'interno del complesso mondo che va sotto il nome di *e-health*, la telemedicina, nelle sue diverse declinazioni⁵⁹, appare strettamente collegata al riordino della sanità territoriale: se, come autorevolmente sottolineato⁶⁰, la "casa" è il primo luogo di cura, i due ambiti sono strettamente connesse, perché li accomuna l'inversione del rapporto tra bisogno e servizio, e ciò che vale per la casa intesa come dimora della persona, vale anche per le "case" della salute o della comunità. Insomma, la telemedicina ruota, necessariamente, sul "territorio" (perché sul territorio c'è la casa del paziente, oltre che le altre "case") e richiede una relazione, nel senso di consapevolezza che si è intrecciati e di capacità di stare dentro la rete e di stare in rete. Pensare che si possa applicare la telemedicina prescindendo dagli altri strumenti e istituti o, peggio, considerandola alla stregua di un mero strumento tecnico che non

⁵⁸ Si pensi ai tre principali problemi che l'*e-health* comporta, e precisamente: a) i profili attinenti alla riservatezza, quale primo argine a possibili derive connesse al fenomeno della "datificazione" e al mutamento di paradigma imposto dall'affermarsi dei c.d. *Big Data*, che possono essere acquisiti a partire anche da dati non sensibili; b) quelli attinenti all'algoritmo, alla sua comprensibilità e conoscibilità, e dunque alla rivisitazione del rapporto medico-paziente e del relativo consenso informato, inteso non soltanto come diritto ad essere informati sull'utilizzazione di dispositivi diagnostici intelligenti, bensì anche come diritto a ottenere una spiegazione sul loro funzionamento e sulla "significatività" rispetto al convincimento del medico (su questi profili, v. D. Morana, T. Balduzzi, F. Morganti, *La salute "intelligente": eHealth, consenso informato e principio di non-discriminazione*, in *Federalismi.it*, 28 dicembre 2022; T. Balduzzi, *L'intelligenza artificiale applicata alla diagnosi e alla scelta terapeutica: profili costituzionali*, tesi di laurea in diritto costituzionale discussa il 15 luglio 2022 presso l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata; in generale, sulla segretezza dell'algoritmo e sull'esigenza della sua conoscibilità, v., da ultimo, F. Paruzzo, *I sovrani della rete. Piattaforme digitali e limiti costituzionali al potere privato*, Napoli, ESI, 2022, 144); c) infine, quelli attinenti al regime della responsabilità (medica, del produttore, dello sviluppatore) che aggiunge a quelli già noti, la responsabilità per i danni conseguenti a eventuali errori della macchina, ma, nella prospettiva dei *wearable* o delle *smart pills*, anche dei devices impiantati o assunti.

⁵⁹ Si vedano le Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina approvate con l'intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2014, nonché le più recenti "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" adottate con l'accordo Stato-Regioni del 17 dicembre 2020.

⁶⁰ Nelle dichiarazioni programmatiche del Presidente del Consiglio dei ministri Mario Draghi, pronunciate in Senato il 17 febbraio 2021.

obbliga a ripensare al ruolo di ciascun soggetto e alla necessità di coinvolgimento reticolare, oltre ad essere un atteggiamento miope, si pone in contrasto con le previsioni normative che la riguardano.

Per concludere, provvisoriamente, sui caratteri e sull'adeguatezza della risposta italiana alla pandemia per quanto attiene al rapporto tra tutela della salute e (ri)organizzazione dei servizi sanitari, si può pertanto affermare che questa è incentrata sul riordino della sottorete territoriale, intrecciata con il rafforzamento dell'*e-health* in particolare della telemedicina, e che la sua effettività dipenderà dal verificarsi dei presupposti illustrati, con particolare riferimento a quelli di ordine culturale e politico.

3. Continuità e discontinuità nel rapporto tra tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari in alcune esperienze europee

Una prima distinzione, rilevante ai fini di questo scritto, è tra ordinamenti che hanno colto l'occasione della pandemia per rivedere, in tutto o in parte, l'impianto del proprio sistema sanitario e ordinamenti che hanno preferito insistere su progetti in grado di potenziarlo, senza tuttavia toccarne i profili fondamentali.

Si è visto più sopra che la scelta italiana è andata nella prima direzione (anche se la determinazione nel perseguire gli obiettivi riformatori indicati nel Pnrr sembra essersi affievolita con la nuova legislatura e il nuovo esecutivo⁶¹) e che, pur senza trascurare il profilo degli investimenti correlati alla telemedicina e più in generale alla sanità digitale, il *focus* della risposta italiana alle carenze messe in evidenza dalla pandemia è stato quello di riorganizzare la sanità territoriale.

A) In una direzione al tempo stesso analoga e differente sta andando l'esperienza francese.

La preoccupazione di fondo è abbastanza simile a quella italiana: senza interventi strutturali che realizzino una rete sanitaria capace di integrare sanità ospedaliera e sanità territoriale (*soins hospitaliers* e *soins de ville*, cui si aggiunge una terza categoria, quella dell'*établissement médico-social*⁶²) la resilienza sul lungo termine del sistema sanitario non è assicurabile, e ciò a causa dell'elevato grado di separazione tra sottorete ospedaliera e sottorete territoriale.

Si noti che, a differenza delle analisi italiane che sottolineano estese situazioni di mancanza di efficacia e di effettività della sottorete territoriale, l'elemento più invocato in ambito francese (si veda la *composante* n. 9) è quello

⁶¹ *Retro*, testo e nt. 43; si vedano anche le dichiarazioni del Ministro della Salute *pro tempore*, rese in audizione presso le competenti commissioni parlamentari il 6 dicembre 2022.

⁶² Potremmo, con qualche approssimazione, accostare questa categoria alle italiane residenze sanitarie assistenziali.

dell'aumento di costi che quella separazione comporta e le conseguenti perdite di efficienza. Da questa differente analisi consegue una diversa strategia riformatrice, incentrata, da un lato, sull'ammodernamento degli ospedali, degli *Établissements socio-médicaux* (strutture residenziali e semi-residenziali a favore di soggetti anziani, disabili o comunque svantaggiati, ESSMS) e degli *Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes* (EHPAD)⁶³, nonché sulla crescita della digitalizzazione al fine di evitare o ridurre la separazione tra le due sottoreti.

Da queste prime notazioni, si potrebbe trarre l'impressione che l'ordinamento francese abbia impostato una strategia volta non tanto a integrare ospedale e territorio, ma ad accelerare l'ammodernamento strutturale degli immobili e il loro efficientamento tecnologico, anche in relazione al potenziamento della sanità digitale.

Un esame più attento permette tuttavia di leggere questa scelta come assolutamente coerente con la ricordata preoccupazione di fondo consistente nel rafforzamento del legame tra *ville, hôpital* e *médico-social*, e ciò in forza di una molteplicità di ragioni.

La prima, perché i fondi per l'ammodernamento strutturale degli immobili destinati a potenziare i servizi per la salute sono suddivisi in due categorie, una relativa agli investimenti *courants* e l'altra a quelli *structurants*⁶⁴, e per l'accesso a questi ultimi è indispensabile, tra l'altro, che il progetto dimostri l'attitudine a migliorare i percorsi di cura e il collegamento *ville-hôpital*, oltre che a ridurre gli squilibri territoriali.

La seconda, perché la Francia non conosce una cesura, ma piuttosto un trattamento comune per ospedali, cliniche, ESSMS e EHPAD⁶⁵, secondo quanto dispongono sia l'art. L1411-1 del *Code de la santé publique*, che li considera unitariamente quali soggetti delle politiche sanitarie e integra *soins, prévention* e *compensation du handicap et de la perte d'autonomie* nei percorsi di cura; sia gli artt. L61138 e segg. del medesimo codice, introdotti dalla l. n° 2009-879 del 21 luglio 2009 (sulla *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*), che riconducono tutti questi soggetti alle competenze programmatiche e di *governance* delle agenzie regionali per la salute⁶⁶; sia le annuali leggi di finanziamento della *sécurité sociale*, che trattano con-

⁶³ Su queste due categorie di *établissements*, v. A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, 2.a ed., Paris, 2009, 244 ss.; più di recente, A. Morelle, D. Tabuteau, *La santé publique*, Paris, 2021, 56 ss.

⁶⁴ Si veda soprattutto la *composante* 9, n° 5.

⁶⁵ Di ciò troviamo eloquente conferma nella circostanza che la banca dati pubblica delle strutture sanitarie e sociali, il *Fichier national des établissements sanitaires et sociaux* (generalmente noto come *répertoire FINESS*) include in un unico archivio, da lungo tempo, quelle che in Italia chiamiamo strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali.

⁶⁶ Il cui ruolo in ordine ai servizi sanitari è crescente, e poco conosciuto fuori dalla Francia, a causa del luogo comune che vede nell'ordinamento francese il prototipo dello Stato accentratore.

giuntamente le due categorie, sia sotto il profilo del finanziamento delle relative spese, sia sotto quello della prevenzione⁶⁷.

La terza ragione, perché tale ammodernamento strutturale viene esemplificato proprio attraverso la sottolineatura del legame tra *ville, hôpital* e *médico-social*, nonché allo sviluppo di grandi strutture ambulatoriali *ouvertes sur la ville*. Nello stesso senso va il programma di aiuto all'investimento immobiliare nel settore *médico-social*, volto in particolare a trasformare gli EHPAD in *véritables centres d'expertise du grand âge*. Infine, quanto alla sanità digitale (sul punto, sia le indicazioni della Commissione UE, sia le valutazioni "interne" all'amministrazione sanitaria francese, concordano sulla necessità, per la Francia, di recuperare uno storico ritardo⁶⁸), l'approccio è quello di utilizzarla, in particolare per quanto attiene alla telemedicina, come uno strumento di legame privilegiato per assicurare quella che in Italia chiamiamo continuità ospedale-territorio⁶⁹.

Sotto il profilo sistematico, si può osservare che l'approccio francese del dopo-pandemia, almeno quale ricostruibile dalla *composante* n° 9 del Piano, offre una conferma circa l'interpretazione estensiva che la legislazione e la regolamentazione attuativa hanno progressivamente dato alla nozione di *droit à la santé*, andando ben oltre alle prestazioni sanitarie in senso stretto, e che la dottrina ha da tempo correttamente inquadrato⁷⁰.

Va anche segnalato che la Francia ha avviato da qualche tempo, soprattutto a partire dalla crisi del 2019 (caratterizzata dalla vicenda dei c.d. *gilets jaunes*), forme di consultazione-concertazione periodiche dei portatori di interesse e, in qualche caso, della generalità dei cittadini, sulle grandi de-

⁶⁷ Si v. la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2023* (l. n° 2022-1616 del 23 dicembre 2022), sulla quale *Cons. const.*, dec. n° 2022-845 DC del 20 dicembre 2022. Ai sensi dell'art. L.O. 111-3-4 del codice della sicurezza sociale, tale legge «*détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible*». Il riferimento alla necessaria "sincerità" di tale legge richiama, quanto all'ordinamento italiano, l'invito a «corredare le iniziative legislative incidenti sull'erogazione delle prestazioni sociali di rango primario con un'appropriate istruttoria finanziaria» (*Corte cost.*, sent. n. 169 del 2017).

⁶⁸ Si veda, in particolare, quanto riferito nella *composante* n° 9.5 del Piano francese, circa il ritardo «*dans la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité, la convergence et la sécurité des systèmes d'information en santé*».

⁶⁹ Si veda l'importante n. 10 dell'Allegato 1 al d.m. n. 70/2015, intitolato "Continuità ospedale-territorio", che già enunciava con chiarezza le scelte poi confluite nel Pnrr e nel d.m. n. 77/2022.

⁷⁰ V., sul punto, per tutti, A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, 2.a ed., Paris, 2009, 244 ss.; più di recente, A. Morelle, D. Tabuteau, *La santé publique*, cit., pp. 2 ss., 297 ss. Vi sono poi questioni aperte e problematiche che le risorse dei Pnrr possono permettere di affrontare, anche se non direttamente dipendenti dalla pandemia, ma che questa ha messo specialmente in luce. Si pensi, ad es., alla sicurezza sul lavoro, relativamente alla quale il *Plan* dedica un'attenzione speciale, soprattutto alla tematica della prevenzione (*composante* n° 8); per analoga attenzione dimostrata, nel nostro Paese, si v. l'art. 20 del d.-l. n. 36/2022 (*Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*), conv. in l. n. 79/2022.

cisioni in campo sanitario e che queste sono state riferite anche al post-pandemia, e in tal senso, il *Plan* francese si raccorda con l'esperienza denominata *Ségur de la santé*⁷¹: tavolo semi-permanente per le politiche sanitarie, così chiamato dal nome del viale parigino dove ha sede il *Ministère de la santé*⁷². Questo profilo dell'esperienza francese sarebbe di qualche interesse per il contesto italiano, dove si moltiplicano le voci che denunciano una trasformazione strisciante del Servizio sanitario nazionale, senza che si sia aperto un dibattito nazionale partecipato⁷³ e dove decisori pubblici e organizzazioni dei portatori di interesse, professionali e produttivi, sembrano preferire accordi bilaterali.

B) Rispetto alla situazione francese (e, sotto alcuni profili prima individuati, anche all'italiana), quella tedesca si caratterizza per una diversa lettura dell'impatto della pandemia. Il Piano tedesco di ripresa e resilienza (*Deutscher Aufbau- und Resilienzplan, DARP*) muove dalla premessa per cui, da un lato, le decisioni di lockdown tempestivo, prese di comune accordo con i *Länder*, e, dall'altro, il funzionamento dei servizi territoriali di tracciamento e allerta, nonché la rete di sicurezza per imprese e lavoratori dipendenti e autonomi, avrebbero permesso di fornire una risposta rapida ed efficace alla minaccia sanitaria e sociale⁷⁴.

Da tale premessa consegue la focalizzazione dell'attenzione del *DARP*, oltre che sulla transizione ecologica e la *Dekarbonisierung* (al pari di tutti i Piani nazionali di ripresa e resilienza), sulla digitalizzazione dell'economia e delle infrastrutture, e in tal senso vanno anche le risorse destinate al potenziamento di un sistema sanitario *pandemie-resilienten*: risorse percentualmente significative rispetto al totale delle risorse destinate alle diverse componenti del *DARP*⁷⁵, ma concentrate su investimenti che sviluppino la capacità di reazione alle emergenze (soprattutto promuovendo la ricerca e lo sviluppo accelerati di vaccini) e volte a creare una infrastruttura digitale, con

⁷¹ In generale, per considerazioni critiche sul cosiddetto *grand débat national*, v. M. Fleury, *Le grand débat national ou l'illusion du débat*, in F. Politi (a cura di), *Democrazia deliberativa e rappresentanza politica. L'esperienza francese del débat public ed il dibattito sulla democrazia in Europa*, Torino, 2021, 69 ss. Sul *Ségur de la santé*, in particolare, v. le notazioni di A. Grimaldi, *Manifeste pour la santé 2022. 20 ans d'égarements: il est temps de changer*, Paris, 2021, 57 ss.

⁷² In Italia, qualche cosa di simile sono gli "Stati generali" (sperimentati a vari livelli istituzionali, ma che sinora non hanno mai riguardato la sanità), ovvero le Conferenze nazionali, di cui qualche esempio si è avuto anche in campo sanitario (si ricordano la Conferenza nazionale sulla sanità del 1999, o, per settori particolari, le Conferenze governative sull'amianto del 1999, 2012 e 2017).

⁷³ Si v., da ultimo, R. Bindi, N. Dirindin, *La sanità svenduta in nome del mercato*, in *La Stampa*, 13 gennaio 2023; C.M. Maffei, *La narrazione del "troppo privato" come causa principale dei mali del Ssn rischia di essere fuorviante*, in *Quotidiano Sanità*, 3 febbraio 2023.

⁷⁴ Si v. la parte prima del *DARP*, *Allgemeine Ziele und Kohärenz des Plans* (ove non diversamente precisato, le traduzioni dai documenti tedeschi sono a mia cura).

⁷⁵ Il 16,3%, che costituisce, accanto a quella concernente l'accesso on line alle pubbliche amministrazioni, la misura singola con il finanziamento più elevato dell'intero *DARP*.

particolare riferimento alla rete ospedaliera.

Per quanto il *DARP* insista nel sottolineare tra gli obiettivi delle varie misure quello del rafforzamento in generale della resilienza del sistema sanitario, anche attraverso l'uso della sanità elettronica (secondo quanto espressamente richiesto anche alla Germania dalla Commissione UE)⁷⁶, l'attenzione è posta soprattutto, salvo quanto già richiamato in tema di vaccini, su tale ultimo inciso: obiettivo della misura è quello di «creare un'infrastruttura digitale interoperabile per mettere in rete le strutture sanitarie e gli altri attori del servizio sanitario pubblico», dove l'esigenza prevalente è quella di evitare che i confini dei *Länder* e l'autonomia delle diverse istituzioni sanitarie (in particolare, Casse mutue) rilevino come ostacoli alla compiuta digitalizzazione.

Di ciò offre conferma proprio la componente 5.1 del *DARP*, nella parte dedicata agli ospedali del futuro (*Zukunftprogramm Krankenhäuser*): al di là della formula molto ampia, le misure relative si riferiscono essenzialmente all'aumento del livello di digitalizzazione in tutti gli ospedali, quali l'adeguamento tecnico-informatico dei pronto soccorso sotto il profilo della migliore accessibilità⁷⁷. Per quanta enfasi sia data nel documento alla circostanza secondo cui «*eine nachhaltige Verstärkung des ÖGD also eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist*», la scelta inequivocabile fatta dal *DARP* va nel senso che tale rafforzamento sostenibile del Servizio sanitario pubblico debba privilegiare nettamente l'infrastruttura digitale. Anche il «Patto per il Servizio sanitario pubblico» (*Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*) condiviso tra *Bund* e *Länder*, ancorché si riferisca testualmente all'insieme delle funzioni del Servizio sanitario pubblico e a tutti i livelli am-

⁷⁶ Così il *DARP*, parte generale, n. 2.

⁷⁷ Nel *DARP* si afferma che «La sfida del Programma Ospedali del Futuro è quella di promuovere un gran numero di investimenti necessari negli ospedali in un breve periodo di tempo (...). In particolare, la digitalizzazione degli ospedali, che in molti luoghi ha bisogno di essere modernizzata, deve essere estesa a tutti, così come deve essere estesa la copertura trasversale tra i diversi settori sanitari. In questo contesto, è importante mettere in campo un sistema di finanziamento trasparente e facilmente gestibile, in modo che gli ospedali possano beneficiare rapidamente e nel maggior numero possibile delle opportunità di finanziamento, ma anche che le misure siano attuate in modo mirato e coordinato. Inoltre, gli ospedali universitari dovrebbero essere ammessi al finanziamento (...) Ai *Länder* compete decidere i progetti per i quali richiedere il finanziamento (...). Possono essere finanziati anche i servizi di consulenza e i costi delle misure necessarie per il personale direttamente collegate ai progetti, compresi i costi di formazione del personale sostenuti per l'attuazione dei progetti di finanziamento».

ministrativi, ha il proprio cuore nell'implementazione di strumenti già esistenti⁷⁸ e nella definizione condivisa tra il livello federale e quello sub-federale degli standard minimi (*Mindeststandards*⁷⁹) che garantiscano una comunicazione e un'interoperabilità completa; al finanziamento da parte federale corrisponde l'impegno dei *Länder* a rispettare tali standard minimi condivisi⁸⁰, e il livello federale si è dotato di un sistema di indicatori⁸¹ per misurare il grado di avanzamento della digitalizzazione a livello della singola struttura sanitaria, al cui posizionamento viene correlato l'ammontare del finanziamento concesso⁸². Da notare che il *DARP* sottolinea che non si tratta di un sistema centralizzato (l'assetto federale della RFT non lo permetterebbe, e peraltro i contrasti tra *Bund* e *Länder* e tra questi ultimi, soprattutto all'inizio della pandemia, sono stati acuti⁸³), in quanto l'approccio decentrato delle

⁷⁸ È il caso (*DARP*, 5.1.1.) del *DEMIS*, cioè del Sistema elettronico di segnalazione e informazione per la protezione dalle infezioni (*Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz-DEMIS*), creato presso il *Robert Koch-Institut*, previsto al § 14 della *Infektionsschutzgesetz* e perfezionato a seguito della pandemia, anche attraverso un collegamento più stretto con il preesistente *Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System (SORMAS)*, una fondazione privata senza scopo di lucro (sul punto, v., per informazioni sullo stato attuale del collegamento, G. Göpel, *Wie geht es mit SORMAS ab 2023 weiter?*, in *Tagesspiegel background*, 2 dicembre 2022, che evidenzia la varietà di soluzioni a livello di *Länder*); relativamente al *DEMIS*, va precisato che *Bund* e *Länder* nel 2021 hanno deciso concordemente di metterlo a disposizione di tutte le autorità sanitarie a livello federale e di *Land*. Da notare che, già nei primi mesi successivi allo scoppio della pandemia, il Governo federale aveva concesso ai *Länder*, ai sensi dell'art. 104b, § 1, *Grundgesetz*, un finanziamento mirato alla digitalizzazione degli uffici sanitari, sulla base della *Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite* del 19 maggio 2020 (la legge è stata più volte adattata ai mutamenti intervenuti nel corso della pandemia: la più recente è la legge del 22 aprile 2021, *Viertes Gesetz*).

⁷⁹ Standard minimi integrati nel contratto di finanziamento e da sviluppare, e costantemente valutare, nell'ambito di un progetto di ricerca, i cui criteri di fondo sono quelli del *Reifegradmodell* (su cui *infra*, nt. 81).

⁸⁰ Semmai, la domanda che ci si pone è quella sulla sufficienza della condivisione di standard minimi e del loro rispetto, al fine di assicurare la piena interoperabilità (v. lo scritto di Göpel citato nella nt. 78).

⁸¹ Il *DARP* e il suo aggiornamento successivo denominano questo sistema come “modello di maturità” (*Reifegradmodell*), sviluppato con il coinvolgimento del *Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik-BSI* e imperniato su otto macro-indicatori (strategia di digitalizzazione; numero di dipendenti, digitalizzazione dei processi, fornitura IT, sicurezza IT, centralità dei cittadini e delle cittadine, condivisione del software, interoperabilità). Si noti che tale “modello di maturità” è stato, successivamente all'approvazione del *DARP*, integrato sulla base di un confronto tra *Bund* e *Länder* (G. Göpel, *Wie geht*, cit.) e che la gradualità nel raggiungimento degli obiettivi di digitalizzazione coinvolge anche – componente 5.1.9. – i comuni e le città, stante la loro importanza come proprietari di strutture sanitarie (sotto tale profilo, non è esatta l'osservazione di R. Scarciglia, *La ripartizione delle funzioni amministrative negli Stati composti dell'Europa. Il ruolo delle Città nei modelli di sviluppo post-pandemia*, in *IFederalizing Process europei*, cit., 163, secondo cui il *DARP* non avrebbe prestato particolare attenzione alle città se non per gli investimenti nel patrimonio edilizio al fine di contrastare la carenza abitativa e migliorare l'efficienza energetica).

⁸² Per i dettagli, si v. *Tagesspiegel background*, 14 febbraio 2023.

⁸³ V. già, per tutti, provocatoriamente, S. Kropp, *Zerreiβprobe für den Flickenteppich? Der*

sovvenzioni per la digitalizzazione consente di «creare soluzioni mirate su base regionale con fornitori regionali, senza dover rinunciare a flussi di informazioni interoperabili» (*um auf regionaler Basis passgenaue Lösungen mit regionalen Anbietern zu etablieren ohne auf interoperable Informationsflüsse verzichten zu müssen*)⁸⁴.

Successivamente all'approvazione del *DARP*, e a seguito dell'entrata nelle funzioni di un nuovo esecutivo federale (novembre 2021, cosiddetta *Ampelkoalition*, o “governo semaforo”), è stata promossa una più generale riforma ospedaliera, che include modificazioni alle regole sul finanziamento, la riclassificazione dei *Krankenhäuser*, la ristrutturazione del sistema dell'emergenza e una più marcata attenzione alla medicina ambulatoriale e ai *Medizinisch-Pflegerischen Versorgungszentren* (strutture abbastanza simili alle italiane Case della salute). Al momento in cui si scrivono queste note, la sorte della riforma ospedaliera tedesca è incerta, soprattutto a causa delle resistenze di qualche *Land*, in particolare la Baviera, ma è comunque interessante la constatazione che la ragione di fondo della medesima sia essenzialmente finanziaria, e precisamente la necessità, da parte dei *Länder*, di attenuare i disavanzi, crescenti e non più sostenibili, riequilibrando il tasso di occupazione dei posti letto, che a seguito della pandemia e della maggiore propensione verso cure ambulatoriali, non riesce mediamente a superare il settanta per cento⁸⁵.

Proprio quest'ultima notazione consente di svolgere alcune riflessioni, proprio muovendo dall'esame dell'ordinamento tedesco-federale, relativamente a come i diversi ordinamenti nazionali hanno contrastato la pandemia e alle risposte che stanno dando in ordine al rafforzamento della tutela della salute e dei relativi sistemi sanitari.

La sottolineatura che i documenti ufficiali tedeschi fanno dell'attitudine virtuosamente cooperativa tra *Bund* e *Länder*, e che viene normalmente richiamata quando non enfatizzata in dottrina⁸⁶, rischia di essere eccessivamente semplificata rispetto a una realtà assai più variegata. In particolare, occorre distinguere tra le azioni (di carattere sanitario e non) di contrasto alla pandemia e le strategie di riorganizzazione dei sistemi sanitari che prendono spunto e occasione dalla emergenza pandemica. Mentre, per quanto attiene alle prime, la qualità positiva della cooperazione è tutta da dimostrare, e anzi proprio l'esperienza tedesco-federale induce a una maggior cautela nelle valutazioni (non sarà mai a sufficienza sottolineata la circostanza che in quell'ordinamento mancasse una regola analoga a quella del nostro

Deutsche Föderalismus in Zeiten von Covid-19, in *VerfBlog*, 26 maggio 2020.

⁸⁴ Considerato che «il mercato dei fornitori di IT per il Servizio sanitario pubblico è fondamentalmente strutturato a livello dei singoli *Ländere* incentrato su piccole e medie imprese, ma anche su start-up locali» (*DARP*, 5.1.1.iii.).

⁸⁵ Per i relativi dati, v. *Tagesspiegel background*, 14 febbraio 2023.

⁸⁶ Per un esempio recente, si vedano i contributi raccolti in *IFederalizing Process europei*, cit., in particolare quelli di E. Ceccherini, J. Woelk e F. Palermo (e le indicazioni bibliografiche soprattutto di dottrina tedesca e statunitense).

menzionato art. 117 del d.lgs. n. 112/1998⁸⁷), quanto alle seconde non sembrano esservi dubbi circa la qualità collaudata delle regole e delle prassi della cooperazione interistituzionale tra *Bund* e *Länder*: persino in queste settimane, nelle quali la radicalità di alcune delle proposte di *Krankenhausreform* tedesco-federale ha dato vita a un acceso dibattito politico e scientifico, che vede contrapposti alcuni *Länder* e le loro maggioranze politiche (in particolare la Csu bavarese e la Federazione dei verdi del Baden-Württemberg⁸⁸), che si sviluppa anche all'interno del medesimo *Land* (tra le autorità di circondario e il governo statale), e che trova nella sopravvivenza dei piccoli ospedali la questione cruciale, l'opinione prevalente tra i commentatori è che alla fine il progetto federale terrà proprio grazie alla collaudata pratica cooperativa: la *Bundestreu*, insomma, potrebbe costituire il collante sotteso alle trattative rivolte a precisare l'ammontare delle risorse federali destinate alla riforma e le loro conseguenze sul finanziamento delle casse assicurative. A ciò si aggiunga che, con riferimento specifico alle decisioni assunte nelle ondate pandemiche successive alla prima da parte del *Bund*, è stato correttamente osservato che tale maggiore centralizzazione era più apparente che reale, in quanto «i *Länder* hanno preso decisioni di comune accordo su tutto»⁸⁹.

Se dalla più circoscritta prospettiva delle relazioni centro-periferia, passiamo poi all'esame degli atteggiamenti della dottrina comparatistica sull'insieme delle problematiche attinenti al rapporto tra salute e pandemia, non si può non restare colpiti dalla diffusa propensione a ricercare negli orientamenti dei diversi ordinamenti a conferma di alcune tesi sostenute in via generale e precedentemente allo scoppio della pandemia, piuttosto che a cogliere l'occasione per tentare una ricostruzione generale delle tendenze reali di un diritto pubblico comparato della pandemia. Questo atteggiamento

⁸⁷ Si allude alla ben nota circostanza per cui, dopo una tendenziale concordia nelle risposte durante la prima ondata pandemica, nel prosieguo sarebbero sorte tensioni forti tra *Bund* e *Länder*, che condussero a plurime modificazioni della legge federale sulla protezione dalle infezioni (adottata sulla base della *Konkurrierende Gesetzgebung*), in particolare allo scopo di consentire al Ministro federale di adottare ordinanze sull'intero territorio in caso di epidemia a livello nazionale: sul punto, per tutti v. J. Woelk, *I sistemi federali*, cit., pp. 336 ss.

⁸⁸ Si vedano le notizie e i commenti in *Tagespiegel background*, 13, 14 e 16 febbraio 2023.

⁸⁹ Così J. Woelk, *op. ult. cit.*, p. 349. Non convince, per contro, la conclusione di questo A. secondo cui la vicenda del contrasto alla pandemia avrebbe dimostrato la maggiore resilienza degli ordinamenti federali rispetto a quelli a tipo di Stato regionale (v. anche, nello stesso senso, le riflessioni di E. Ceccherini, *Sistemi policentrici e principio collaborativo nell'emergenza pandemica*, in *I Federalizing Process europei*, cit., 183 ss.; ma proprio la considerazione dell'autrice sulla mancanza di cooperazione orizzontale tra regioni nell'esperienza italiana, *ivi*, 203-204, dovrebbe indurre a valutazioni più prudenti): ciò è in parte esatto con riferimento all'esperienza tedesco-federale, pur con le precisazioni fatte nel testo, ma non lo è per altri ordinamenti federali, e la ragione sta appunto nella risalente e consustanziale assimilazione del principio costituzionale non scritto della *Bundestreu*. Per un approccio equilibrato, v. M.G. Rozell, C. Wilcox, *Federalism in a Time of Plague. How Federal Systems Cope With Pandemic*, in *American Review of Public Administration*, 2020, Vol. 50 (6-7), 519 ss.

è particolarmente evidente in parte della dottrina italiana, per quanto attiene sia all'impatto delle decisioni adottate a seguito dell'evento pandemico sul sistema delle fonti, sul riparto delle competenze tra centro e periferia, sull'assetto della forma di governo e specialmente sulle relazioni tra esecutivo-governo e assemblee legislative. Basti pensare al fiume di inchiostro versato sull'impiego assai largo dello strumento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (quasi che si trattasse di un atto sconosciuto al nostro sistema⁹⁰), oppure alla insistente sottolineatura circa la compressione dell'autonomia delle entità sub-statali (dimenticando che il primo effetto di una pandemia è quello di richiedere decisioni concertate e promosse a livello sovranazionale, e dunque, almeno tendenzialmente, orientate nel senso della valorizzazione del livello nazionale come ottimale sede del coordinamento del contrasto alla diffusione del contagio⁹¹), oppure all'accentramento in capo agli esecutivi delle decisioni fondamentali marginalizzando il ruolo parlamentare⁹² (dunque sottovalutando quanto, da sempre, la dottrina comparatistica ha rilevato circa la correlazione tra le situazioni di emergenza e l'accentramento decisionale⁹³).

Ma v'è di più: talvolta in dottrina si riscontra un'assimilazione un po' frettolosa tra autonomia e asimmetria⁹⁴: la prima attiene alla dignità di ciascuna entità collettiva spaziotemporalmente individuata, la seconda alla uniformità o meno delle relazioni tra entità più piccola ed entità più grande, e

⁹⁰ E non invece una tipologia di atto che, ormai da anni, viene impiegata in alternativa alla fonte regolamentare: v., per tutti, V. Di Porto, *La carica dei DPCM*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2, 2016; R. Balduzzi, *Splendore e decadenza di una figura controversa: le fonti atipiche*, in *Jus*, 2-3/2020, 564 ss.

⁹¹ Né tali cautele valgono soltanto per il distanziamento fisico e la circolazione delle persone. Si pensi al Regolamento (UE) 2022/123, la cui ultima parte concerne il rafforzamento del ruolo dell'Agenzia europea per i medicinali nel coordinamento delle risposte dei Paesi dell'Unione europea alle carenze di medicinali e dispositivi medici in contesti di emergenza sanitaria. Non soltanto sarebbe del tutto insufficiente lasciare ad autorità sub-statali tale compito, ma anche il coordinamento nazionale è percepito come inadeguato (d'altra parte, lo stesso coordinamento a livello di Unione europea rischia di essere insufficiente, tanto da richiedere un'autorità globale: sul punto, si vedano le considerazioni di R. Balduzzi, *La liberalizzazione dei diritti di proprietà intellettuale sui vaccini. Profili costituzionali e internazionali*, in *Quaderni costituzionali*, 2/2022, 263 ss.). Altra cosa, evidentemente, è richiedere che l'esercizio dei compiti di coordinamento a livello nazionale venga in concreto svolto attraverso il ricorso a moduli e tecniche di leale collaborazione: sul punto, v. quanto verrà detto in sede di conclusione.

⁹² Di questa innegabile tendenza si ha riprova proprio nell'attuazione del *DARP* tedesco, soprattutto per quanto attiene al raggiungimento degli obiettivi del *Digitale und technische Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*: si vedano i dati richiamati nell'articolo citato *retro*, nt. 78.

⁹³ Anche qui, altra cosa è richiamare, anche con forza, non soltanto il rispetto dei principi consolidati di stretta necessità, proporzionalità e temporaneità delle misure adottate, ma il monitoraggio attento del medesimo, a tutela dello Stato di diritto e dei connessi diritti fondamentali: sul punto, v. le condivisibili considerazioni di F. Balaguer Callejón, *Diritto dell'emergenza e pluralismo territoriale*, cit., 31 ss., 36 ss.

⁹⁴ Si veda il pur argomentato scritto di F. Palermo, *Principio di sistema o intralcio al decisore l'asimmetria territoriale alla prova dell'emergenza*, in *I Federalizing Process europei*, cit., 47 ss.

dunque alle relazioni tra le entità più piccole tra loro. Se l'emergenza è collegata a una pandemia, cioè tale da comportare un contagio rapido e grave che possa interessare chiunque e in qualunque luogo, perde pregio l'argomento della distribuzione ineguale del medesimo, in quanto, in assenza di regole condivise sui divieti di circolazione, la potenziale pervasività del virus sconsiglia asimmetrie e differenziazioni⁹⁵.

Su altro versante, la dottrina sta con fatica apprendendo dalla lezione della pandemia⁹⁶ una accresciuta consapevolezza in ordine ai legami tra salute umana e salute animale, nonché al collegamento tra esse e la salute ambientale, che la prospettiva dell' *One Health* viene oggi a sintetizzare⁹⁷. Di ciò, manca ancora una piena percezione tra gli studiosi, se è vero che anche una recente e meritoria fatica dedicata al cosiddetto costituzionalismo ambientale (o diritto costituzionale dell'ambiente) non si occupa di questa interazione⁹⁸. Eppure, l'affermazione dell'ambiente nella prospettiva costituzionale, tanto più dopo la revisione costituzionale italiana (legge cost. 11 febbraio 2022, n. 1) che ha rimarcato i nessi tra ambiente e salute, potrebbe essere finalmente l'occasione per affiancare all'ormai consolidata espressione diritto costituzionale della salute (o costituzionalismo della salute) quella del costituzionalismo ambientale⁹⁹.

C) A questo punto del nostro esame, può essere opportuno un breve sguardo ad un ordinamento, quello del Regno Unito, con il quale il modello italiano di Servizio sanitario nazionale ha legami di derivazione storica e che, pur non avendo adottato un piano nazionale analogo a quello dei piani di ripresa e

⁹⁵ Si comprende così, tra l'altro, la già rilevata forte condivisione tra i *Länder* tedesco-federali e il *Bund* delle regole concernenti il contrasto alla pandemia nella seconda fase del virus, non essendo altrimenti possibile impedire la circolazione delle persone tra un *Land* e un altro, stante appunto il carattere federale del tipo di Stato.

⁹⁶ Covid-19 è, secondo la prevalente ricostruzione, una zoonosi causata da un virus che ha fatto il salto di specie, favorito dalla deforestazione, dalla crescente densità di uomini e animali e da un complesso di fattori igienico-ambientali: sul punto, tra i contributi più recenti, cfr. G.T. Keusch et al., *Pandemic origins and a One Health approach to preparedness and prevention: Solutions based on SARS-CoV-2 and other RNA viruses*, in *PNAS*, Vol. 119(42), 10 ottobre 2022.

⁹⁷ Si vedano gli scritti raccolti nel n. 3/2022 di *Corti Supreme e Salute*.

⁹⁸ D. Amirante, *Costituzionalismo ambientale. Atlante giuridico per l'Antropocene*, Bologna, 2022.

⁹⁹ Per contro, abbiamo assistito, nel tempo, a un graduale allontanamento tra le due prospettive di studio e di ricerca, reso emblematico dalla circostanza che, raramente, uno stesso studioso si è specializzato su entrambi i temi e ciò ha concorso a indebolire le prospettive di ricerca sul nesso medesimo (e ciò concorre a spiegare la relativa "indifferenza" tra i due campi di studio). Di segno opposto è stata invece l'istituzione, a livello di Oms-Europa, della Commissione paneuropea per la salute e lo sviluppo sostenibile (di cui è trasparente il collegamento, a distanza di quasi 35 anni, con il Rapporto Brundtland sullo sviluppo sostenibile): il legame tra ambiente e salute viene scolpito già nella denominazione stessa della Commissione. Il *Report* finale, insieme ai documenti preparatori, confermano questa impressione e anzi la rafforzano attraverso la grande attenzione alla prospettiva di *One Health*: per indicazioni, v. R. Balduzzi, *La liberalizzazione dei diritti di proprietà intellettuale*, cit., 263 ss.

resilienza dei paesi dell'Unione europea¹⁰⁰, è interessato da rilevanti processi di riforma delle politiche pubbliche, incluse quelle in campo sanitario.

Il punto di partenza di questa breve analisi è la legge di riforma del *National Health Service England* approvata nell'aprile del 2022, l'*Health and Care Act*. Considerata da una parte dei commentatori come il suggello dello smantellamento del *NHS*¹⁰¹, la riforma individua nella pandemia non la propria causa principale, ma, al più, un fattore di accelerazione di processi di cambiamento già in corso nel sistema sanitario inglese, avendo la gestione dell'emergenza acuito alcune tendenze critiche (in particolare, l'indebolimento dell'offerta pubblica di servizi e il trasferimento di risorse pubbliche agli ospedali privati) che caratterizzerebbero l'evoluzione del *NHS* inglese da circa un trentennio¹⁰².

Alla base dichiarata della riforma sta l'esigenza di perseguire una più forte integrazione tra settore sanitario e settore sociale, ricercata attraverso una ricomposizione della governance del *NHS* nella quale, da un lato, viene aumentata la taglia territoriale degli enti programmatori e committenti delle prestazioni (i nuovi *Integrated Care Systems-ICS*) e, dall'altro, diverse funzioni prima centralizzate a livello nazionale vengono decentrate presso tali enti. Siffatta "ricomposizione" vedrebbe all'interno degli *ICS* una più forte presenza delle autorità locali e quindi una maggiore responsabilizzazione delle stesse nella pianificazione dei fabbisogni assistenziali e nella committenza dei servizi¹⁰³. Cruciale è il tema della composizione del *board* degli *ICS*, al cui

¹⁰⁰ La scelta non sembra connessa soltanto all'ovvia circostanza che, a seguito della *Brexit*, sono mancate in quel contesto le condizioni che nell'Unione europea hanno condotto alla costruzione del meccanismo del Next Generation EU (debito comune redistribuito in base all'intensità dell'impatto della pandemia sui singoli paesi e alla pianificazione delle misure di reazione al medesimo, con creazione di vincoli al rispetto di tale pianificazione per l'erogazione dei fondi), ma altresì alla convinzione, da parte del Governo britannico, dell'insussistenza di ragioni che conducessero a una rivisitazione generale del sistema sanitario (quanto di questa convinzione abbia concorso all'attuale gravissima crisi del *National Health Service* resta da stabilire: si veda l'editoriale di *Lancet* del 28 gennaio 2023, *The NHS is sick, but it is treatable*).

¹⁰¹ Si veda, per tutti, P. Roderick, A.M. Pollock, *Dismantling the National Health Service in England*, in *International Journal of Health Services*, 2022, vol. 52(4), 470 ss.

¹⁰² V. soprattutto S. D. Player, *Taking Care of Business: Privileging Private Sector Hospitals During the Covid Crisis*, in *International Journal of Health Services*, 2021, vol. 51(3), 305 ss.

¹⁰³ Gli *ICS* sono dotati di due principali bracci operativi: l'*Integrated Care Board (ICB)* e l'*Integrated Care Partnership (ICP)*. Il primo, in particolare, costituisce un vero e proprio (diremmo sul continente) "organo" a struttura collegiale, con funzioni di programmazione e di committenza dei servizi sanitari e sociali nei confronti degli erogatori, pubblici e privati, delle prestazioni (le due principali aree di prestazioni sono riconducibili all'assistenza primaria, che fa capo soprattutto ai *general practitioners (GPs)*, e all'assistenza secondaria, che fa capo agli ospedali, ma non vanno trascurate altre aree di prestazione, quali i servizi dell'emergenza o quelli della salute mentale). Quanto invece ai servizi di prevenzione, a seguito dell'*Health and Social Care Act* del 2012, sono stati incorporati dal *NHS* e riallocati tra livello centrale ed enti locali (tale scorporo a suo tempo fortemente criticato per l'indebolimento che avrebbe generato nella capacità di risposta alle future epidemie: sul punto, v. P. Roderick, A.M. Pollock, *Dismantling the National Health Service*, cit., 472).

proposito la legge precisa, non senza vaghezza, che la scelta dei candidati a ricoprire tale ufficio non deve indebolire l'indipendenza dell'organo a causa di possibili conflitti di interesse dei nominandi¹⁰⁴: non sembra esagerato individuare qui lo snodo della riforma, tenuto conto che l'assetto attuale è stato considerato troppo permeabile agli interessi privati e una concausa della crescente disaffezione nei confronti dell'intero NHS¹⁰⁵. I fautori della riforma sottolineano il mutamento di criterio nei rapporti tra committenti ed erogatori rispetto alla dottrina dei “quasi mercati”, consistente in un assetto non competitivo, ma cooperativo, dei relativi rapporti, e la centralità della cosiddetta “*integrated care strategy*”¹⁰⁶, corrispondente all'italiana integrazione socio-sanitaria. Non si vede tuttavia chiaramente quali incentivi possano spingere i fornitori privati del NHS a privilegiare obiettivi di sistema in luogo dei propri obiettivi particolari, e la circostanza di essere rappresentati nel *board* dell'ICB non costituisce, di per sé, una garanzia del sistema¹⁰⁷, come non lo è la circostanza «*that providers are part of the ICS – just as much as the ICB and ICP are – and as such they are being asked to take on wider responsibilities for the performance of the whole system*».

Non sorprende, date tali premesse, che i critici della riforma utilizzino come bersaglio polemico proprio la “*service integration*” e che una delle più argomentate voci in dissenso abbia recentemente scritto che «The Health and Care Act 2022 cements the major realignment of the relations between

¹⁰⁴ *Health and Care Act 2022, Schedule 1B, Part 1, § 4*: «*The constitution must prohibit a person from appointing someone as a member (“the candidate”) if they consider that the appointment could reasonably be regarded as undermining the independence of the health service because of the candidate’s involvement with the private healthcare sector or otherwise*»

¹⁰⁵ Gli ICP hanno sostituito i *Clinical commissioning groups (CCG)*, istituiti nel 2013, a seguito dell'*Health and Social Care Act* del 2012. Questi soggetti svolgevano la funzione di committenza per conto del NHS dei servizi sanitari oggi assunta in capo agli ICS: organi c.d. “*clinically-led*”, i cui membri erano designati dai gruppi di GPs operanti nei singoli ambiti territoriali; nel tempo, essi hanno attenuato la connotazione di organo espressione del mondo tecnico-professionale e conosciuto un forte condizionamento da parte degli erogatori dei servizi (un'inchiesta del 2015 promossa da *Unite Union*, uno dei più importanti sindacati britannici, aveva fatto emergere che oltre un quarto dei membri dei *boards* dei CCG avevano interessi nella sanità privata, come azionisti, amministratori o collaboratori: v. i dati pubblicati sul quotidiano *The Independent*: www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/over-a-quarter-of-board-members-on-new-bodies-commissioning-nhs-care-have-links-to-the-private-health-sector-10109809.html). Si aggiunga che, mentre i CCG avevano dimensioni relativamente piccole, tali da poter aumentare la possibilità degli enti locali di esercitare un'influenza sui medesimi, le grandi dimensioni degli ICS indebolirebbero l'*accountability* sia verso l'alto (troppi perché il centro possa controllarli) sia verso il basso (troppo grandi perché le autorità locali, all'infuori delle grandi, possano avere un peso): così P. Roderick, A.M. Pollock, *Dismantling the National Health Service*, cit., 474.

¹⁰⁶ <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained>.

¹⁰⁷ Si veda il documento menzionato alla nt. 106, e in particolare il seguente passaggio: «*NHS providers are already playing a critical role in the changes underway in many systems, contributing to and/or leading work at ICS level to plan and transform services and improve system performance, and collaborating with other local providers (including those from outside the NHS) at place and neighbourhood levels to redesign care pathways and deliver more integrated services for local people*».

the state and the public that has been a long time in the making. Parliament has stood back and handed over most decision-making and power to unaccountable entities who will decide what services will be provided. This outsourcing of control over large sums of public money will also increase the opportunities for corruption. Health services in England will come to resemble those in the United States, where the state has also opted out of health care organization and direct provision to become an outlier among the majority of advanced democracies, distinguishable by high costs, inequality, and injustice. With successive governments, think tanks, and the mainstream media repeatedly denying that the NHS is being privatized — and hiding behind “service integration” and the pandemic — these consequences are already becoming apparent. Public satisfaction with the NHS is at its lowest since 1997. Nevertheless, at the same time, the public still overwhelmingly supports its founding principles. This provides a promising basis for continuing the vital and sustained campaigns to rebuild the NHS in England», e che «in the future providers will be able to decide how and where services are provided»¹⁰⁸.

E non sorprende neppure che, in questo contesto, si sia rinnovato anche il dibattito intorno alla trasformazione del rapporto di lavoro dei *GPs* da autonomo in dipendente¹⁰⁹.

4. Alcune conclusioni

Sembra difficile, al termine della breve disamina precedente, sfuggire a una prima conclusione: la pandemia sta agendo come un potente fattore di ripensamento e di ristrutturazione del rapporto tra tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari, e ciò vale anche relativamente a quegli ordinamenti nei cui confronti si tende a sottolineare la continuità con processi di cambiamento pre-pandemici e per i quali, come avviene nell’esperienza britannica, non vale lo stimolo costituito dai Piani nazionali di ripresa e resilienza. Certo, il ripensamento avviene secondo indirizzi e linee prioritarie assai diversificati, stanti le differenze nella storia e nei caratteri dei sistemi sanitari nazionali e anche nella considerazione del diritto alla salute, e pertanto esso sembra privilegiare ora la direzione di un riordino della sottorete territoriale (Italia), del potenziamento del legame tra *ville/hôpital/médico-social* (Francia), della digitalizzazione e del riassetto della rete ospedaliera (Germania), dell’integrazione dei servizi di cura (Inghilterra).

Non è difficile neppure scorgere un elemento comune, ancorché attraverso percorsi organizzativi e connotazioni linguistiche differenziati: la costruzione di reti sanitarie integrate, affinché la tutela della salute non si esaurisca nella predisposizione di risposte soltanto sanitarie e meno che mai con-

¹⁰⁸ Così P. Roderick, A.M. Pollock, *op. cit.*, 475, 477.

¹⁰⁹ www.bmj.com/content/376/bmj.o406

centrate nella sola risposta ospedaliera: i cambiamenti epidemiologici, l'aumento delle fragilità e delle cronicità, spingono nella direzione che, analizzando l'esperienza italiana, si è sintetizzato nel rovesciamento del rapporto tra bisogno e servizio, e che costituisce un denominatore comune delle Case della comunità italiane, della riforma degli *EHPAD* francesi, dei *Medizinisch-Pflegerischen Versorgungszentren* tedesco-federali e dell'*integrated care strategy* inglese.

Come pure costituisce un denominatore comune l'esigenza di un rapporto chiaro e trasparente tra il mondo della sanità pubblica e il variegato mondo degli operatori privati: ogni Paese sul punto fa storia a sé, in ragione dei diversi sistemi sanitari e dunque del differente ruolo dell'iniziativa economica privata in campo sociosanitario, ma è indubbio che soltanto una forte capacità di governo degli interessi enormi che si concentrano nel campo della salute¹¹⁰ potrà permettere di vincere la sfida più difficile, che è quella di rafforzare la teoria e la pratica della prevenzione¹¹¹, nel senso fatto proprio dall'art. 35 della Carta di Nizza, e dunque di declinare diversamente il significato della "produzione" di servizi sanitari e della salute.

Su un punto, strettamente connesso peraltro a quello della prevenzione, non sembra ancora essere stata del tutto compresa la lezione della pandemia: sempre più i temi della salute, anche nella prospettiva di *One Health*, sono temi di salute globale, e come tali vanno compresi e studiati¹¹².

Le considerazioni sin qui svolte sono anche utili a superare finalmente lo sterile approccio in termini di sostenibilità dei sistemi sanitari, normalmente impiegato allo scopo di smantellare le garanzie universalistiche di tutela della salute, già oggetto anni fa di una celebre stroncatura da parte della

¹¹⁰ Anche a tale proposito, è acuta l'esigenza di una forte capacità di governo degli interessi in capo alle autorità nazionali in sanità: un centro, insomma, capace di coordinare non soltanto gli adempimenti amministrativi, ma soprattutto i programmi e le azioni "regionali", di valorizzare le buone pratiche, di prendere sul serio gli *standard* senza tuttavia considerarli intoccabili: un centro con tali caratteristiche sarà anche in grado di integrare il settore privato che opera in sanità, senza farsi catturare dalle logiche di quest'ultimo e assicurando, come alcune normative nazionali richiedono, una speciale attenzione al privato *no profit*.

¹¹¹ Sul punto, va valutato positivamente l'approccio in tema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico fatto proprio, in Italia, dal d.m. 77/2022 (n. 14 dell'Allegato 1), sia perché c'è (e non era così scontato), sia perché recepisce la migliore dottrina internazionale sulla prevenzione. Un profilo da approfondire potrebbe quello del completo silenzio sulla funzione dei medici di medicina generale in tema di prevenzione: chi meglio del medico di fiducia può sapere e orientare nel *mare magnum* della prevenzione delle malattie e delle dipendenze?

¹¹² Si veda, sul punto, A. Renda, C. del Giovane, C. Perarnaud, H. Vu, *Broader, smarter, fairer. A more ambitious agenda for global health*, Bruxelles, CEPS In-depth Analysis, gennaio 2023, spec. 44 ss., relative a dieci aree di miglioramento nell'attuale governance della sicurezza sanitaria globale. Interessante è anche il *Report* della Pan-European Commission on Health and Sustainable Development, *Drawing light from the pandemic. A new strategy for health and sustainable development*, settembre 2021 (su cui le considerazioni di R. Balduzzi, *La liberalizzazione dei diritti di proprietà intellettuale*, cit., 263 ss.).

cosiddetta Commissione Romanov¹¹³ e ripreso in queste settimane da un editoriale di *Lancet*¹¹⁴.

Ogni Paese potrà poi trarre dall'esperienza altrui elementi utili per implementare il proprio assetto dei rapporti tra tutela della salute: così, l'esperienza francese del *débat public* potrebbe essere utile anche per le discussioni italiane o inglesi, una maggiore cittadinanza sanitaria costituendo un ottimo antidoto rispetto alle sirene illiberali e alle mistificazioni sempre in agguato ai tempi dell'infodemia. Sotto questa prospettiva, la maggiore conoscenza del sistema sanitario come esito della pandemia potrebbe essere qualche cosa di più di un nobile auspicio¹¹⁵.

Alla domanda se l'attuale pandemia, venuta a combinarsi con contesti di vita personali e collettivi, sia stata trasformata in vera e propria sindemia¹¹⁶, la risposta può legittimamente essere diversa, ma la premessa

¹¹³ Commission on the Future of Health Care, *Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report*, National Library of Canada, 2003: «Non vi è alcun standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di ciascuno (...) Il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia».

¹¹⁴ *The NHS is sick, but it is treatable*, in *Lancet*, 28 gennaio 2023: «*In the debate about solutions, there are several unhelpful distractions. First, the Government's inclination is to believe that the current NHS model is unsustainable and needs radical change, with copayments and enhanced means-tested user contributions (...) This view is deeply wrong. With the right approach, the NHS is sustainable, and must maintain the principle of delivering free care at the point of need, which is the foundation for a just society. Second, that the NHS has a productivity problem; that it does not do enough with what it is given. This is to badly misunderstand the purpose of health care, which is not a factory for the sick, judged according to crude metrics of efficiency, but a service based on care, compassion, and quality. To continue to focus on doing comparatively more for comparatively less is dangerous and obviously harmful. Third, that the challenges faced by the NHS can be solved by drawing on a stronger private health sector. The UK's private sector workforce is mostly drawn from the same workforce that makes up the public sector. Robbing one to buttress another while fatally fracturing the health service makes no sense*».

¹¹⁵ Sempre che alla ricognizione comparata delle regole normative (di fonte costituzionale, ordinaria e regolamentare secondaria) e della loro attuazione e applicazione, si accompagni sempre la considerazione delle situazioni di fatto e di quelle attinenti al costume. Ad es., non si può trascurare, quando si pensa alle misure di prevenzione e contrasto del contagio pandemico, alla diversa sorte dell'«App Immuni» in Italia rispetto a quella dell'omologa *Corona Warn App* in Germania, scaricata da oltre la metà della popolazione (sul punto, si v. Robert Koch-Institut, *Infektionsketten digital unterbrechen mit der Corona-Warn-App*, 2020).

¹¹⁶ Secondo la prospettiva richiamata per primo, a proposito di Covid-19, da R. Horton, *Offline: Covid-19 is not a pandemic*, in *Lancet*, 26 settembre 2020, vol. 389, 874, su cui si v. no le precisazioni di E. Mendenhall, *The Covid-19 syndemic is not global: context matters*, *ivi*, 28 novembre 2020, 1731. Secondo Horton, nella presente pandemia interagiscono due categorie di malattie: l'infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) e una serie di malattie non trasmissibili (NCD), quali ipertensione, obesità, diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie croniche e cancro, presenti in misura fortemente diseguale in contesti di disparità sociale ed economica; le sindemie sarebbero pertanto caratterizzate da interazioni biologiche e sociali tra condizioni e stati, che aumentano la suscettibilità di una persona a danni o peggiorano i suoi esiti di salute. Secondo Mendenhall, è corretto applicare la nozione di sindemia a Covid-19, in quanto l'attuale pandemia interagisce con condizioni di salute preesistenti ed è determinata da fattori politici, economici e sociali, ma è fuorviante qualificarla come sindemia globale: in alcuni Paesi è stata una sindemia, ma in altri no (ad es., l'approccio politico della Nuova Zelanda in risposta alla crisi è stato

per potervi rispondere in modo consapevole passa necessariamente attraverso un «*national revival*», secondo la felice intuizione di Richard Horton¹¹⁷.

Renato Balduzzi
Facoltà di Giurisprudenza dell'Università
Università cattolica del Sacro Cuore
Renato.Balduzzi@unicatt.it

esemplare; molti Stati africani sub-sahariani hanno fatto meglio di Usa, Regno Unito, Brasile e India). Negli Stati Uniti, Covid-19 è stata una sindemia perché condizioni preesistenti come ipertensione, diabete, disturbi respiratori, razzismo sistemico, sfiducia nella scienza e nella leadership e un sistema sanitario frammentato hanno favorito la diffusione e interagito con il virus.

¹¹⁷ «*Nothing less than national revival is needed*»: così, R. Horton, *Offline*, cit. (v. retro, nt. 116).