

# La salute è un diritto costituzionale?

Francesco Pallante

(Professore ordinario di Diritto costituzionale – Università di Torino)

*1. – Caratteristiche essenziali del diritto costituzionale alla salute: fondamentale, non finanziariamente condizionato, dell'essere umano, uguale e uniforme su tutto il territorio nazionale...*

Per provare a rispondere alla domanda che dà il titolo al mio intervento – «la salute è un diritto costituzionale?» – partirei da una notazione di carattere testuale: il diritto alla salute è l'unico diritto che la Costituzione definisce espressamente «fondamentale» (art. 32, co. 1, Cost.: «la Repubblica tutela la salute come *fondamentale* diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»).

La dottrina giuridica tende a spiegare questa peculiarità del diritto alla salute con il suo essere il presupposto logico di tutti gli altri diritti costituzionali: «fondamentale», dunque, è inteso dai costituzionalisti in senso anzitutto letterale, come «posto a fondamento». La salute, in questa prospettiva, è un bene che viene considerato complementare alla vita stessa: la vita si prolunga nella salute e la salute sostiene la vita. E la vita – che non a caso nella Costituzione è protetta anche dal divieto di pena di morte (art. 27, co. 4, Cost.) e dal divieto di tortura (art. 13, co. 4, Cost.) – la vita, dicevo, è la base su cui, inevitabilmente, poggiano tutti gli altri diritti: se, e solo se, c'è vita, allora possono poi esserci (nel senso che possono essere effettivamente goduti) tutti gli altri diritti costituzionali.

A partire da questa impostazione preliminare, i giuristi ricavano alcune importanti conseguenze. Mi soffermo rapidamente sulle due principali:

- proprio dalla fundamentalità del diritto alla salute la Corte costituzionale, con numerose sentenze a partire dalla seconda metà degli anni Settanta<sup>1</sup>, ha ricavato i tratti giuridici essenziali del diritto stesso: vale a dire (1) l'inalienabilità (non può essere oggetto di negozi economici), (2) l'intrasmissibilità (non può essere ceduto, a qualsiasi titolo, ad altri), (3) l'indisponibilità (non può essere oggetto di azioni giuridiche di qualsiasi genere, non solo a carattere economico) e (4) l'irrinunciabilità (non può essere oggetto di rinuncia)<sup>2</sup>;
- sempre dalla fundamentalità del diritto alla salute la Corte costituzionale ha, altresì, ricavato, sia pure dopo alcune oscillazioni, la doverosità dell'attuazione (e, quindi, del finanziamento) del diritto stesso, quantomeno nel suo contenuto minimo essenziale (è, questa, una nozione che ritroveremo più volte nella giurisprudenza della Corte: l'idea è che ogni diritto abbia un nucleo duro, andando a scalfire il quale si viola il diritto stesso). Riferimento imprescindibile, su questo tema, è la sent. n. 275/2016 (dunque, una sentenza successiva all'inserimento dell'equilibrio di bilancio nella Costituzione, che risale al 2012). Il caso riguardava il trasporto scolastico di un ragazzo

---

<sup>1</sup> Sentt. nn. 103/1977, 88/1979, 184/1986, 559/1987, 992/1988, 1011/1988, 289/1990, 455/1990.

<sup>2</sup> Attenzione a non confondere l'irrinunciabilità del diritto alla salute con il diritto a rifiutare le cure (che è parte del diritto alla salute).

disabile, lasciato a casa perché la provincia di residenza aveva terminato i fondi con cui finanziava il pulmino adibito al trasporto, in tal modo violando sia il diritto all'istruzione, sia il diritto alla salute del ragazzo; la Corte costituzionale risolve il giudizio a favore del ragazzo sancendo, con parole suscettibili di assumere valenza generale (quindi, per tutti i diritti costituzionali), che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». La dico in termini un po' "spicci": sono i diritti che "fanno" il bilancio, non è il bilancio che "fa" i diritti; più elegantemente: la variabile indipendente, nel rapporto tra bilancio e diritti, sono i diritti (è il bilancio che si adegua). Possiamo così aggiungere un ulteriore tratto giuridico essenziale del diritto alla salute: (5) il non essere (almeno nel suo "nucleo duro") un diritto finanziariamente condizionato. Dicevo che la sent. n. 275/2016 è un punto di riferimento su questo argomento (altre sentenze sono successivamente intervenute a rafforzare quanto in essa sancito). E, tuttavia, quella del finanziamento rimane una questione a tutt'oggi delicata e discussa: per questo tornerò a parlarne nella parte finale del mio intervento.

Torniamo adesso, invece, all'art. 32, co. 1, Cost., perché c'è un secondo dato testuale, di notevole rilievo, su cui è bene soffermarsi. Mi riferisco al fatto che il diritto alla salute sia riconosciuto come diritto spettante all'«individuo», anziché – come avviene per altri diritti – al «cittadino» (rileggiamo l'art. 32, co. 1, Cost.: «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'*individuo* e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»). Dunque, non solo non si tratta di un diritto che spetta, com'era un tempo, solo ai lavoratori (di fatto, è stato così, ancorché incostituzionalmente, sino all'approvazione della legge n. 833/1978: prima c'era il sistema delle mutue al quale si partecipava in quanto lavoratori o familiari di lavoratori); dunque, dicevo: non solo non si tratta di un diritto che spetta solo ai lavoratori, ma nemmeno si tratta di un diritto che spetta solo ai cittadini. Anche qui è intervenuta la Corte costituzionale<sup>3</sup> per dire che, almeno per quanto riguarda il suo "nucleo essenziale", quello alla salute è un diritto che spetta anche agli stranieri a qualsiasi titolo siano presenti sul territorio nazionale: cioè anche se sono entrati in Italia irregolarmente. Un ulteriore tratto giuridico essenziale del diritto alla salute è, dunque, il fatto che (6) spetti a qualsiasi essere umano sia sottoposto alla sovranità dello Stato italiano.

Dalla combinazione dei due dati testuali ora richiamati – diritto fondamentale e diritto che spetta a ogni essere umano – la dottrina ha, poi, ricavato un ulteriore tratto giuridico essenziale del diritto alla salute: il fatto, cioè, che debba essere assicurato, almeno nei suoi livelli essenziali, (7) in modo uguale e uniforme su tutto il territorio nazionale. È una interpretazione, questa, che nasce in dottrina, ma che poi è stata fatta propria anche dalla Corte costituzionale, la quale ha affermato che la tutela della salute «non può non darsi in condizioni di fondamentale uguaglianza su tutto il territorio» nazionale (sent. n. 282/2002). Mi soffermo sul punto perché anche questo è un tema che oggi torna d'attualità: sia per le differenze nei livelli di tutela che il Ssn fornisce ai cittadini a seconda delle zone del Paese in cui vivono, sia per i progetti di autonomia regionale differenziata, perseguiti – ai sensi dell'art. 116, co. 3, Cost., così come modificato nel 2001 – dal Veneto,

---

<sup>3</sup> Sentt. nn. 252/2001 e 432/2005.

dalla Lombardia e dall'Emilia-Romagna. Anche su questo tema, per via della sua delicatezza, tornerò nelle conclusioni.

### *1.1. - ...non bilanciabile?*

Rimanendo, per il momento, sui tratti giuridici essenziali del diritto alla salute, discussa permane la questione della “bilanciabilità” di tale diritto con gli altri diritti costituzionali. Mi spiego meglio.

Di regola, in un ordinamento costituzionale pluralista come il nostro, non esistono diritti non bilanciabili (cioè, assoluti), proprio perché, per rispetto del pluralismo, occorre far sì che tutti i diritti convivano assieme, gli uni con gli altri. Come ha scritto la Corte costituzionale nella sent. n. 85/2013, quello che non deve mai accadere è «l'illimitata espansione di uno dei [diritti costituzionali], che diverrebbe “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette»; per questo – prosegue la sentenza – la «Costituzione italiana, come le altre costituzioni democratiche e pluraliste contemporanee, richiede un continuo e vicendevole bilanciamento tra principi e diritti fondamentali, senza pretese di assolutezza per nessuno di essi».

Questo, in termini generali. Secondo la dottrina prevalente, tuttavia, il caso del diritto alla salute farebbe eccezione a questo schema generale, dal momento che – come già ricordato all'inizio – il diritto alla salute, nella sua connessione con il diritto alla vita, verrebbe “prima” di tutti gli altri diritti: dunque, è un diritto che può essere considerato “preliminare” al bilanciamento, come se si ponesse “al di fuori” del “gioco” d'interazione reciproca che, come dicevo, necessariamente coinvolge tutti gli altri diritti.

Su questo non c'è però coincidenza tra dottrina e giurisprudenza. Le pronunce della Corte costituzionale non sono univoche sul punto<sup>4</sup>: la questione è discussa sin dalla fine degli anni Ottanta e rimane a tutt'oggi discussa. In tempi recenti la Corte ha riproposto un'oscillazione di posizioni molto significativa riguardo al difficile caso dell'Ilva di Taranto. Mi riferisco, in particolare, alle sentenze n. 85/2013 e n. 58/2018, con cui la Corte inizialmente, nel 2013, ha considerato il diritto alla salute bilanciabile con i diritti al lavoro, alla libera iniziativa economica e all'ambiente (e, per questo, ha consentito all'Ilva di proseguire la propria attività senza particolari limitazioni); successivamente, nel 2018, ha invece fatto una parziale marcia indietro sancendo che «rimuovere prontamente i fattori di pericolo per la salute, l'incolumità e la vita dei lavoratori costituisce [...] condizione minima e indispensabile perché l'attività produttiva si svolga in armonia con i principi costituzionali, sempre attenti anzitutto alle esigenze basilari della persona».

Potremmo, dunque, dire così: il diritto alla salute è, sì, assoluto, ma solo in presenza di emissioni inquinanti che superino i limiti tollerabili e non siano prontamente rimosse.

---

<sup>4</sup> Per alcune sentenze, l'individuo ha un diritto soggettivo assoluto e inviolabile alla salubrità dell'ambiente, perché il diritto alla salute è finalizzato alla «preservazione della persona umana in tutte le sue estrinsecazioni» (sentt. nn. 210/1987, 641/1987, 399/1996). Altre sentenze (sent. n. 127/1990) affermano, tuttavia, il principio della gradualità nella realizzazione della tutela ambientale, alla luce della sostenibilità economica per le imprese delle misure antinquinamento (purché le emissioni inquinanti restino al di sotto dei limiti tollerabili per la tutela dell'ambiente e della salute, limiti che sono fissati per legge).

Altrimenti, se le emissioni nocive sono tollerabili, allora le esigenze di salute vanno bilanciate con quelle degli altri interessi costituzionali in gioco. Bisognerà vedere se la modifica dell'art. 41 Cost., che pone espressamente la salute quale limite all'iniziativa economica privata, produrrà novità giurisprudenziali.

## *2. – Attuazione e inattuazione del diritto costituzionale alla salute alla luce dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale*

Abbiamo, a questo punto, individuato i tratti essenziali che compongono la definizione costituzionale del diritto alla salute. Li ricapitolo brevemente: quello alla salute è un diritto fondamentale (e, per questo, è inalienabile, intrasmissibile, indisponibile e irrinunciabile), non è finanziariamente condizionato, spetta all'essere umano in quanto tale, deve essere prestato in modo uguale e uniforme su tutto il territorio nazionale; e, almeno secondo una certa visione, è anche un diritto non bilanciabile (ma, come abbiamo appena visto, la questione è aperta).

Quello che occorre adesso domandarsi è quanto questo quadro costituzionale trovi riscontro nell'attuazione concreta del diritto alla salute. Non è naturalmente possibile, in questa sede, prendere in esame in modo dettagliato tutti i profili in cui si articola il diritto alla salute: bisognerebbe, infatti, occuparsi del diritto all'integrità psico-fisica della persona; del diritto alla predisposizione dei mezzi di cura; del diritto alla scelta terapeutica (sino al rifiuto delle cure); del dovere di sottoporsi ai trattamenti sanitari obbligatori. Un insieme di temi evidentemente troppo vasto per poter essere qui trattato, anche perché ciascuno di questi temi sarebbe, a sua volta, suscettibile di articolarsi in numerosi altri. Per questo, mi limiterò a compiere una ricognizione dei principi fondamentali ai quali, secondo quanto prescritto dalla legge n. 833/1978, dovrebbe ispirarsi il Servizio sanitario nazionale (Ssn). Mi riferisco, più precisamente, ai principi (1) di universalità della copertura, (2) di uguaglianza di trattamento dei cittadini, (3) di globalità delle prestazioni erogate, (4) di equità del finanziamento, (5) di controllabilità democratica, (6) di unicità della gestione.

Iniziamo dal primo principio: l'universalità della copertura. Un servizio sanitario è considerabile universalistico se il diritto alle cure viene garantito all'intera popolazione: se, cioè, tutti i cittadini possono accedere gratuitamente alle cure erogate dalle strutture sanitarie. Sotto questo profilo, come già visto, il nostro è un sistema più che universale, dal momento che garantisce assistenza non solo a tutti i cittadini italiani, ma anche agli stranieri che si trovano, per qualsiasi motivo, sul territorio nazionale.

Secondo principio: l'uguaglianza di trattamento dei cittadini. L'uguaglianza in campo sanitario implica che, a parità di bisogno sanitario, tutti i cittadini siano curati nello stesso modo. Non è quel che accade in Italia. Come sappiamo, l'assistenza sanitaria offerta nelle diverse regioni è tutt'altro che omogenea. I cittadini che vivono in determinati territori godono di servizi sanitari decisamente migliori rispetto a quelli che spettano a chi risiede in altre parti del Paese; talvolta, anche all'interno della stessa regione si riscontrano sostanziali differenze di trattamento tra una Asl e l'altra o tra un ospedale e l'altro. La spesa

sanitaria pro-capite varia di quasi 600 euro da regione a regione<sup>5</sup> e questo ha effetti drammatici sulla salute delle persone. Il dato più sconvolgente – a mio parere – non è la differenza di quattro anni nell’aspettativa di vita a favore di chi vive al Nord rispetto a chi vive al Sud, ma la differenza di ben tredici anni nell’aspettativa di vita in salute, che è di 54 anni in Calabria e di 67 a Bolzano. Nessun Paese d’Europa fa registrare, al proprio interno, una diseguaglianza così profonda<sup>6</sup>, al punto che la mobilità da Sud a Nord si stima valga oramai 14 miliardi di euro.

Terzo principio: la globalità delle prestazioni erogate. La globalità implica che il servizio pubblico si faccia carico di tutte le esigenze di salute, concependo la salute nell’accezione più ampia possibile. Il sistema sanitario non deve pertanto limitarsi alla cura degli stati patologici acuti, ma deve intervenire su tutti i fattori che influenzano, più o meno direttamente, la salute dei singoli e della collettività. L’ampia gamma delle prestazioni offerte dalla sanità italiana va in questa direzione. Il Ssn non si limita, infatti, alla diagnosi e alla cura delle malattie, ma spazia dalla prevenzione alla riabilitazione, dall’igiene degli alimenti ai servizi veterinari, dalla tutela della maternità alla sicurezza sul lavoro, dalla medicina scolastica alla tutela della salute mentale, dall’assistenza ai portatori di handicap al contrasto alla tossicodipendenza. E l’elenco, in verità, potrebbe essere ben più dettagliato. Sotto questo aspetto, il Ssn sembra, quindi, rispettare il principio di globalità. E, tuttavia, a smentire questa apparenza è il fatto che a essere effettivamente garantite sono soltanto le prestazioni essenziali: quelle, cioè, che rientrano negli elenchi dei livelli essenziali di assistenza (i Lea). Rimangono escluse non soltanto prestazioni che potremmo definire ulteriori, come per esempio la chirurgia estetica non conseguente a incidenti, ma anche prestazioni fondamentali per la salute delle persone come, di fatto, l’assistenza odontoiatrica (che è prevista solo per alcune fasce molto ristrette di utenti). Discorsi analoghi potrebbero valere per l’oculistica, per l’ostetricia e ginecologia e, in una certa misura, anche per l’ortopedia.

Quarto principio: l’equità del finanziamento. Un sistema sanitario è equo quando le spese sanitarie sono distribuite tra i cittadini in base non alle condizioni di salute, ma alla capacità contributiva. È quello che solo in parte avviene in Italia: poiché il Ssn è finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale, grazie al principio della progressività fiscale (art. 53 Cost.) i più benestanti pagano parte dell’assistenza sanitaria destinata ai meno

---

<sup>5</sup> Dati tratti da Corte dei Conti, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2020-2021* (<https://www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5>): 2.399 euro Provincia di Bolzano, 1.820 euro Campania (1.961 euro media nazionale).

Dati più analitici vengono dal *Monitoraggio dei Lea attraverso il Nuovo sistema di Garanzia* ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3329\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3329_allegato.pdf)), operativo dall’1.1.2020, che misura efficienza, appropriatezza ed equità nell’accesso alle prestazioni sanitarie. Dai risultati riferiti all’anno 2021 – ultima annualità disponibile – risultano adempienti rispetto a tutte le tre macro-aree (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) tredici Regioni, cui si aggiunge la P.A. di Trento, e anche tra queste le disomogeneità sono significative: per l’area di prevenzione si va dal 92,55% della P.A. di Trento al 67,85% della Puglia; per l’area distrettuale dal 95,96% dell’Emilia Romagna al 61,66% della Puglia; per l’area ospedaliera dal 96,52% della P.A. di Trento al 63,69% della Basilicata. Con riferimento alle restanti sei Regioni, cui si aggiunge la P.A. di Bolzano, quattro sono inadempienti rispetto all’area distrettuale (Valle d’Aosta, Campania, Calabria e Sardegna), quattro rispetto all’area ospedaliera (Valle d’Aosta, Molise, Calabria e Sardegna) e quattro rispetto all’area di prevenzione (Valle d’Aosta, P.A. di Bolzano, Calabria e Sicilia).

abbienti. A ridurre l'equità complessiva del sistema concorrono, tuttavia, almeno tre elementi: (1) la crisi della progressività fiscale (sempre meno marcata dal 1973 a oggi: ricordo che, quando venne istituita l'Irpef, gli scaglioni erano trentadue, con aliquote tra il 10% e il 72%; oggi gli scaglioni sono quattro, con aliquote tra il 23% e il 43%: sono state aumentate le tasse ai poveri per diminuirle ai ricchi); (2) la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti (i c.d. ticket, che coprono ca. il 2% della spesa sanitaria pubblica); (3) la quota crescente di spesa sanitaria privata (tra i premi pagati per la sottoscrizione di polizze assicurative e il costo delle prestazioni acquistate al di fuori del Ssn siamo oramai al 25% della spesa sanitaria complessiva, pari a circa 1800 euro all'anno a nucleo familiare)<sup>7</sup>.

Quinto principio: il controllo democratico da parte dei cittadini. Ricordo che prima dell'aziendalizzazione introdotta all'inizio degli anni Novanta, il Ssn era articolato in Usl (unità sanitarie locali), i cui amministratori erano nominati dai consigli comunali (organi rappresentativi), non dalle giunte regionali (organi esecutivi). Era un sistema che aveva molti difetti (la lottizzazione partitica su tutti), ma era anche un sistema che garantiva una maggiore vicinanza tra cittadini/utenti e gestori della sanità pubblica. Oggi tutto è deciso, in ultima istanza, dal presidente della regione, che nomina e revoca l'assessore alla sanità a proprio piacimento e, per suo tramite, decide i direttori generali delle Asl senza doverne rispondere a nessuno (se non, una volta ogni cinque anni, al corpo elettorale: ma è chiaro che si tratta di una forma di controllo molto labile e indiretta).

Sesto e ultimo principio: l'unicità della gestione in capo al settore pubblico. È evidente che l'obiettivo di ricondurre in capo al Ssn la gestione di tutte le attività sanitarie, che prima della legge del 1978 erano ripartite tra una pluralità di attori pubblici e privati, è un obiettivo in larga misura disatteso. Fin dall'origine, il Ssn si è basato sull'apertura alla collaborazione con i liberi professionisti e con le strutture private, un'attitudine che nel tempo è andata crescendo. Oggi si calcola che la spesa sanitaria pubblica vada a finanziare fornitori pubblici per il 78% del suo ammontare, mentre il restante 22% (che in alcune regioni, come la Lombardia, raggiunge il 30%) è destinato a fornitori esterni al Ssn<sup>8</sup>. Se a questo dato aggiungiamo che la spesa privata è pressoché integralmente destinata ai fornitori privati il risultato è che la spesa sanitaria complessiva è oramai distribuita quasi alla pari tra fornitori pubblici e fornitori privati.

In definitiva: dei sei principi che dovrebbero regolare la configurazione del Ssn, uno soltanto – quello dell'universalità della copertura – può considerarsi realmente rispettato; tutti gli altri risultano, in misura più o meno significativa, disattesi. A fronte di un quadro costituzionale chiaro nel prevedere un incisivo diritto alla salute, la realtà della sua concreta attuazione è tutt'altro che soddisfacente.

---

<sup>7</sup> Secondo il Rapporto Crea Sanità 2022 (su dati 2021), la spesa privata ammonta al 25% di quella complessiva ([https://www.creasanita.it/18volume\\_dwn/Libro\\_finale\\_completo.pdf](https://www.creasanita.it/18volume_dwn/Libro_finale_completo.pdf)).

<sup>8</sup> M. Montella e F. Mostacci, *Lombardia e Lazio: quando la sanità pubblica cede il passo ai privati*, in «Lavoce.info», 27.1.2023.

### 3. – *Quali prospettive?*

Prima di concludere vorrei ancora richiamare due questioni di stringente attualità, entrambe suscettibili, purtroppo, di ulteriormente aggravare il quadro che abbiamo innanzi.

La prima riguarda il sempre più marcato definanziamento del diritto alla salute; la seconda la richiesta di maggiore autonomia, anche in campo sanitario, proveniente dalle tre regioni più ricche del Paese (il Veneto, la Lombardia e l'Emilia-Romagna).

#### 3.1. – *Il definanziamento del Ssn*

Iniziando dal definanziamento, è da rilevare come le risorse oggi assegnate al Fondo sanitario nazionale (pari circa 129 miliardi di euro nel 2023, che saliranno a 134 miliardi nel 2024) siano risorse del tutto insufficienti, tanto più alla luce dell'elevatissima inflazione e dell'esplosione dei costi dell'energia, che, da soli, valgono ad annullare l'incremento di 4 miliardi deciso rispetto al 2022.

In rapporto al Pil, il bilancio pluriennale dello Stato prevede che nel 2025 la spesa sanitaria ammonterà al 6,1%<sup>9</sup>: è un dato al di sotto non solo dei livelli pre-pandemia, ma soprattutto della misura minima perché un sistema sanitario possa funzionare in modo adeguato. Anche considerata pro-capite la spesa sanitaria italiana è estremamente bassa: con 3.052 euro a persona, l'Italia si colloca all'ultimo posto tra i Paesi del G7, al di sotto della media Ocse. Per avere un riferimento: la Germania spende 6.351 euro pro-capite, per un ammontare complessivo, rispetto al Pil, pari a quasi il 12% (il doppio dell'Italia)<sup>10</sup>. È vero che la Missione 6 del Pnrr prevede per la sanità risorse aggiuntive, ma – come segnalato dal Focus tematico dell'Ufficio parlamentare di bilancio<sup>11</sup> – si tratta di risorse destinate a investimenti infrastrutturali che aumenteranno l'esigenza di spesa corrente continuativa, senza però che vi siano risorse impiegabili a tal fine: paradossalmente, l'effetto potrebbe essere quello di *peggiorare*, a regime, la situazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale.

Bisogna, comunque, dire che la sanità italiana sa fare un uso particolarmente accorto delle scarse risorse a sua disposizione: a dispetto delle continue polemiche sull'inefficienza della pubblica amministrazione, i risultati misurati dagli indicatori di salute in Italia sono spesso migliori di quelli di Paesi che pure dispongono di risorse superiori. O, almeno, così è stato sino a poco tempo fa. A questo proposito, merita in questa sede aggiungere che peggio di tutti fanno gli Stati Uniti d'America, a sistema sanitario privato: nel complesso, la spesa in salute statunitense supera il 15% del Pil (il doppio della media Ocse), eppure gli indicatori

---

<sup>9</sup> Audizione di Lilia Cavallari, Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio innanzi alle Commissioni Bilancio di Camera e Senato riunite in seduta comune in occasione dell'approvazione della legge di bilancio per il 2023 (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1670318238.pdf>, in particolare p. 17).

<sup>10</sup> Dati tratti da Corte dei Conti, *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali. Esercizi 2020-2021* (<https://www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5>). Nel 2008 la differenza era assai minore: Germania 2968 euro, Italia 2279 euro.

<sup>11</sup> Ufficio parlamentare di bilancio, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, Focus tematico n. 4, 3.8.2022 (<https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2022/08/Focus-4-2022-PNRR-salute.pdf>).

di salute in quel Paese rimangono al di sotto di quelli degli Stati a servizio sanitario pubblico.

Tornando al definanziamento, tre sono le sue conseguenze più rilevanti:

- la prima conseguenza l'abbiamo già vista: è l'altissima spesa in salute privata (41 miliardi di euro nel 2021, di cui 36,5 direttamente a carico delle famiglie e 4,5 attraverso varie forme assicurative), pari a circa il 25% della spesa in salute complessiva (sicché, la spesa sanitaria totale – pubblica e privata – ammonta a circa 168 miliardi di euro<sup>12</sup>: questa è la consistenza verso la quale dovrebbe tendere il Fondo sanitario nazionale);
- la seconda conseguenza è che il personale sanitario (medico e infermieristico) e le strutture sanitarie (in particolare i posti letto) sono ampiamente sottodimensionati rispetto alla domanda di tutela di salute che viene dalla popolazione (lo abbiamo visto in maniera drammatica durante la fase emergenziale del Covid-19 e continuiamo a vederlo oggi con i tempi d'attesa di tutte le prestazioni che si allungano sempre di più)<sup>13</sup>;
- la terza conseguenza è che cresce in maniera inarrestabile la quota di prestazioni fornite al Ssn dai privati convenzionati, al punto che, come già detto, circa la metà della spesa sanitaria complessiva va oramai al settore degli operatori privati.

Di fatto, quello che sta accadendo è il rapido scivolamento verso una situazione in cui il Ssn manterrà essenzialmente il compito di presidiare la fase emergenziale, mentre tutto ciò che rientra nella fase post-acuzie sempre più diverrà terreno d'intervento dei privati. Il che è una plateale violazione di quel principio di globalità delle prestazioni, previsto dalla legge n. 833/1978, di cui abbiamo parlato prima.

### *3.2. – L'autonomia regionale differenziata (anche in ambito sanitario)*

Quanto alla seconda minaccia che grava sul Ssn – l'autonomia regionale differenziata –, la prospettiva è quella di un ulteriore inasprimento delle enormi differenze che già oggi segnano la tutela della salute nelle diverse regioni italiane.

È evidente che l'urgenza sarebbe quella di un'azione politica volta a realizzare una maggiore uguaglianza e uniformità tra i cittadini e i territori. E, invece, la minaccia incombente è quella di un'ulteriore differenziazione. Una differenziazione, oltretutto, promossa dalle regioni più ricche, con l'obiettivo dichiarato di trattenere parte del gettito fiscale riscosso sul proprio territorio nelle casse regionali (e dunque, in questo modo, di ridurre le risorse destinate alla redistribuzione della ricchezza, in violazione degli artt. 2 e 53 Cost. che sanciscono il dovere di solidarietà economica in base al livello di benessere, non al territorio di residenza: si potrebbe aprire qui una riflessione sulla nozione di «recupero del residuo fiscale», che è una nozione insostenibile sia dal punto di vista logico,

---

<sup>12</sup> Si veda la memoria dell'Istat presentata alla 10ª Commissione del Senato della Repubblica nel 2023 (<https://www.istat.it/it/files//2023/05/Istat-Testo-Commissione-Affari-Sociali-05-maggio-2023.pdf>).

<sup>13</sup> Secondo il Rapporto Censis 2022 e il Report Agenas *Il personale del Servizio sanitario nazionale* (2022), entro il 2027 vi sarà una “fuoriuscita” dal Ssn di 41.196 tra medici e personale sanitario, non compensato da nuove assunzioni.



sia dal punto di vista costituzionale: basti dire che a pagare le tasse sono le persone, non le regioni, e che lo fanno in base al loro reddito, non al territorio di residenza).

In ambito sanitario, le principali richieste di differenziazione provenienti da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna riguardano:

- 1) profili organizzativi, quali in particolare: l'assetto istituzionale del Ssr, la *governance* dei diversi enti in cui il Ssr si articola, l'organizzazione dell'offerta sanitaria sul territorio regionale;
- 2) il personale sanitario, con riguardo al fabbisogno, alla rete formativa, alla contrattazione integrativa, all'attività libero-professionale;
- 3) il finanziamento (con particolare attenzione alla compartecipazione alla spesa) e le connesse questioni legate agli investimenti, ai fondi integrativi, all'abolizione dei vincoli all'impiego delle risorse<sup>14</sup>;
- 4) i farmaci, incluse la distribuzione, l'erogazione e l'equivalenza terapeutica (e non devo certo venire a precisare in questa sede quanto questi profili siano importanti);
- 5) il potere di emanare ordinanze in deroga alla normativa statale e regionale, che, come sappiamo, è stata una delle questioni-chiave emersa nei mesi dell'emergenza Covid-19.

Sono tutte richieste che muovono nella direzione sbagliata, perché smaccatamente rivolte a incrementare la dotazione di risorse e di personale solo nelle tre regioni promotrici, e a scapito delle altre (su questo, il ddl Calderoli non offre alcuna garanzia, perché è una legge ordinaria superabile dalla legge di approvazione dell'intesa Stato-regione).

Al contrario, quel di cui ci sarebbe bisogno è, anzitutto, che i profili organizzativi essenziali tornino a essere uniformi (in particolare, per quanto attiene al rapporto tra dimensione territoriale e dimensione ospedaliera dei Ssr); e, in secondo luogo, che torni a essere ovunque vero quel che dispone la legge n. 833/1978 a proposito delle finalità del Ssn, che vanno rivolte alla «promozione», al «mantenimento» e al «recupero» della salute fisica e psichica di tutta la popolazione (art. 1, co. 3), affinché sia realizzato «il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese» (art. 2, co. 2, lett. a).

#### *4. – Conclusione: la grande questione politica del presente*

Concludo. Un dato accomuna definanziamento e regionalismo differenziato: la questione fiscale (ne accennavo prima). È un tema enorme, complesso, politicamente delicatissimo. Un tema anche mediaticamente difficile da affrontare, nonostante l'Italia sia un Paese ricco, uno dei più ricchi del mondo, dotato di un'enorme ricchezza privata: qualcosa come 11mila miliardi di euro (dice Bankitalia), anche se distribuiti in maniera estremamente diseguale, a favore di un pugno di persone. Basti dire che, nel complesso, i miliardari italiani (una cinquantina di individui) posseggono tanta ricchezza quanto il 30% più povero della popolazione (18 milioni di persone).

---

<sup>14</sup> Macro-aree di spesa definite dall'art. 27, co. 3, del d.lgs. n. 68 del 2011 e che prevede l'attribuzione del 51% delle risorse all'assistenza territoriale-distrettuale, del 44% all'assistenza ospedaliera e del restante 5% alla prevenzione.

Il discorso ci porterebbe molto lontano e non può essere nemmeno impostato in questa sede. Credo, però, sia importante avervi fatto cenno, perché non è vero che non ci sarebbero le risorse con cui finanziare in modo adeguato la sanità pubblica. Quello che manca è la volontà politica, nonostante la cittadinanza, al di là degli orientamenti partitici dei singoli, continui in larga misura a essere favorevole alla natura pubblica del nostro servizio sanitario. Per questo, pur senza farci illusioni, possiamo nutrire un pizzico di ottimismo. Non tutto è perduto e il futuro del Ssn è ancora da scrivere. La salute è un diritto costituzionale e sta a noi – anche a noi – lottare perché il suo futuro possa essere nel segno della Costituzione.