

Resoconto del XVII Convegno nazionale di Diritto sanitario

La salute alla carta. Il Ssn di fronte alle sfide del regionalismo differenziato
Roma, 8 novembre 2019

Matteo Cosulich*

L'8 novembre, presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma, si è svolto il XVII Convegno nazionale di Diritto sanitario, dedicato, sotto il titolo "La salute alla carta" a "Il Servizio sanitario nazionale di fronte alle sfide del regionalismo differenziato", come recita il relativo sottotitolo. Come si vedrà nel prosieguo, il *fil rouge* dei lavori del Convegno può essere agevolmente individuato in una lettura costituzionalmente orientata del regionalismo differenziato che, liberato dalla carica ideologica che oggi purtroppo caratterizza tante proposte di sua realizzazione, risulti coerente sia con il principio di eguaglianza sia con il dovere di solidarietà.

Come di consueto, il Convegno è stato organizzato dalla Società italiana di Diritto sanitario, che si è avvalsa della collaborazione del Centro d'eccellenza interdipartimentale per il Management sanitario dell'Università del Piemonte orientale e dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari dell'Università cattolica. Essere giunti alla diciassettesima edizione del Convegno, rispettandone sempre la cadenza annuale, dimostra la vitalità dell'iniziativa e il suo rispondere a un'esigenza fortemente avvertita nella comu-

* Professore associato confermato di Diritto costituzionale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli studi di Trento.

nità scientifica. È stata davvero una felice intuizione quella di Renato Balduzzi che quasi vent'anni fa ha avviato, a Genova, la lunga e proficua stagione dei Convegni nazionali di Diritto sanitario. Alla nascita genovese dell'iniziativa ha fatto seguito, qualche anno dopo, il suo consolidamento nelle edizioni alessandrine del Convegno che ha oramai raggiunto una piena maturità; tale da permettere ora di variarne la sede di anno in anno, conformemente alla tradizione dei più qualificati convegni giuridici italiani. Quest'anno, la scelta della sede romana dell'Università cattolica rappresenta dunque l'avvio della terza fase della vita del Convegno nazionale di Diritto sanitario, un appuntamento atteso annualmente dagli specialisti della materia. Essi non si identificano peraltro coi soli cultori del diritto sanitario; accanto ai giuristi, i Convegni vedono da sempre la partecipazione di studiosi di formazione economica, aziendalistica e medica, tutti egualmente interessati ad approfondire, accanto ad alti funzionari dello Stato e delle Regioni e a operatori del settore, i temi e i problemi della sanità italiana. L'approccio multidisciplinare costituisce infatti il valore aggiunto dei Convegni nazionali di Diritto sanitario, come ha opportunamente sottolineato nel suo indirizzo di salute Domenico Bodega, Preside della Facoltà di Economia dell'Università cattolica del Sacro Cuore. L'indirizzo di salute del Presidente della Società italiana di Diritto sanitario, Gian Paolo Zanetta, ha quindi avviato la riflessione sul tema del Convegno, invitando a leggere le proposte di differenziazione regionale in ambito sanitario, *ex art.* 116, co. 3 Cost., alla luce dell'eguaglianza di trattamento fra i cittadini, da un lato, e del dovere di solidarietà fra gli stessi, dall'altro.

I lavori della giornata sono stati aperti dalla relazione introduttiva di Renato Balduzzi, anche nella sua qualità di Direttore scientifico della Società italiana di Diritto sanitario, che ha dapprima ricordato la figura di Luciano Vandelli, recentemente scomparso: un autorevolissimo studioso di diritto locale, attento ai profili di diritto sanitario e capace di mettere ripetutamente al servizio delle istituzioni repubblicane, a livello locale, regionale e statale, la sua ammirevole preparazione. Sulla scorta dell'eredità del pensiero di Luciano Vandelli, Renato Balduzzi ha sottolineato come la questione della riforma delle istituzioni non vada posta in termini di più Regioni e meno Stato, ma di più Repubblica e, nel quadro di quest'ultima, di più autonomia, non solo regionale, ma anche locale, alla luce di una corretta lettura del titolo V della parte II Cost. Il riferimento alla Repubblica richiama lo Stato sociale italiano, la cui migliore realizzazione è certamente costituita dal Servizio sanitario nazionale, un vero e proprio gioiello da preservare, che ha permesso al nostro paese, unico al mondo, di codificare nei Livelli essenziali di assistenza oltre 6.000 prestazioni sanitarie. Servizio sanitario nazionale le cui fondamentali caratteristiche di universalità ed eguaglianza non sono state finora intaccate dal moto altalenante del regionalismo italiano nell'ultimo trentennio: né dalle spinte regionaliste degli anni '90 del secolo scorso che si esauriscono nei primi anni 2000, né dalle successive tendenze neocentraliste, sorte all'indomani della crisi economico-finanziaria e generalmente motivate sulla base di quest'ultima. Nel quadro ora delineato può precisarsi, secondo Renato Balduzzi, il taglio dei lavori del Convegno annuale: occorre domandarsi in che misura il regionalismo differenziato in sanità promuova lo sviluppo del paese attraverso una migliore tutela della salute. L'auspi-

cabilità della differenziazione regionale dipende quindi in larga misura dalla risposta che verrà data a tale interrogativo.

Nell'assumere la presidenza della sessione mattutina – articolata nelle tre relazioni di Giovanni Tarli Barbieri, Sandro Staiano e Americo Cicchetti – Gaetano Silvestri, Presidente dell'Associazione italiana dei costituzionalisti, ha autorevolmente evidenziato come il co. 3 dell'art. 116 non possa essere isolato dal restante testo costituzionale che va invece letto in modo olistico, coordinando fra loro la prima e la seconda parte della Costituzione e le varie disposizioni che la compongono. Così, in particolare, la differenziazione regionale va ricostruita alla luce del dovere di solidarietà *ex art. 2* e del principio di perequazione *ex art. 119, co. 5*. Altrimenti il regionalismo differenziato finisce per percorrere strade eversive del testo costituzionale, come dimostrano alcune aberranti teorizzazioni sul residuo fiscale, presenti in filigrana soprattutto nelle proposte venete. Il regionalismo (anche differenziato) dev'essere dunque coerente con la forma di Stato sociale che connota il nostro paese, nella quale i Livelli essenziali di assistenza vanno garantiti a tutti i cittadini, a prescindere dalla Regione di residenza. L'eventuale carattere competitivo del regionalismo italiano potrà al più riguardare le modalità utilizzate per raggiungere tale risultato nelle varie Regioni.

La relazione di Giovanni Tarli Barbieri, dedicata a “L'attuazione dell'art. 116, co. 3, Cost.: procedure e prospettive”, ha preso le mosse dalla riconduzione di tale disposizione costituzionale al testo complessivo della novella apportata al titolo V dalla legge cost. n. 3 del 2001, le cui previsioni non sempre hanno avuto seguito. Si pensi in particolare all'inattuazione degli artt. 118 e 119 Cost.: da un lato, le amministrazioni periferiche dello Stato non hanno subito quel processo di snellimento di per sé richiesto dall'applicazione del principio di sussidiarietà; dall'altro, la legge n. 42 del 2009 è rimasta in buona misura lettera morta e così pure, di conseguenza, le disposizioni costituzionali che avrebbe dovuto attuare. Il tema dell'attuazione investe lo stesso art. 116, co. 3, le cui previsioni andrebbero realizzate nel quadro di una legge attuativa in grado di fornire una cornice unitaria alle Regioni che intendono procedere alla differenziazione. Da questo punto di vista, occorre salutare con favore la presentazione di un disegno di legge collegato alla legge di bilancio, destinato ad attuare l'art. 116, co. 3 Cost. Conformemente a un orientamento largamente condiviso durante i lavori del Convegno, Giovanni Tarli Barbieri ha quindi inquadrato il co. 3 dell'art. 116 Cost. nel testo costituzionale complessivo, suggerendone una lettura coerente con quest'ultimo e dunque olistica, per riprendere il lessico di Gaetano Silvestri: la differenziazione va utilizzata per ipotesi molto precise e limitate, ritagliate su misura nelle singole realtà regionali, tenendo sempre fermo il legame con i diritti disciplinati nella parte I della Costituzione (nella specie, il diritto alla salute *ex art. 32 Cost.*). Al contrario, le bozze di intesa, frutto di un percorso decisamente opaco, rivelano, anche con specifico riferimento alla materia sanitaria, un approccio confuso e parziale, che sembra tendere alla destrutturazione del Servizio sanitario nazionale e dunque alla compromissione della tutela del diritto alla salute che esso oggi assicura.

Il tema ora richiamato è stato al centro della successiva relazione “Diritti sociali e regionalismo differenziato”, affidata a Sandro Staiano che ha individuato nelle proposte di differenziazione regionale *ex art.* 116, co. 3 Cost. un sovraccarico ideologico: i testi attualmente in discussione (accordi preliminari e bozze di intesa) mirano a scardinare lo Stato sociale disegnato dalla Costituzione e i diritti sociali che essa garantisce. Si svela così il potenziale distruttivo del regionalismo differenziato che, se realizzato secondo le indicazioni ricavabili dai poco trasparenti processi in corso, sembra destinato a tradire il disegno costituzionale relativamente alle Regioni, immaginate quali elementi di democratizzazione del sistema, nonché di costruzione dello Stato sociale, com’è evidente in ambito sanitario alla luce dell’articolazione regionale del Servizio sanitario nazionale. Il regionalismo differenziato così (mal)inteso, nonché la costante evocazione del residuo fiscale – concetto definito perverso dal Relatore – da parte delle Regioni con maggior gettito fiscale, finiscono inevitabilmente (e con ogni probabilità volutamente) per esacerbare le differenze tra il Nord e il Sud, minando così l’unità del paese che costituisce invece un bene prezioso da preservare costantemente. In tale prospettiva le funzioni fortemente connesse all’unità nazionale, quali la sanità e l’istruzione, non andrebbero ulteriormente regionalizzate. In proposito occorre ribadire che la pur infelice riforma realizzata con la legge cost. n. 3 del 2001 prevede, all’art. 116, co. 3, l’eventuale trasferimento non di materie ma piuttosto, nell’ambito di ciascuna di esse, di specifiche funzioni; queste ultime vanno individuate, sulla scorta dell’esperienza dei trasferimenti dallo Stato alle Regioni negli anni ’70, con un’attenta analisi, oggi necessariamente interdisciplinare, e dunque particolarmente attenta ai contributi che possono giungere dalle scienze economiche e aziendalistiche.

Il richiamo all’analisi in ambito sanitario utilmente compiuta, in sinergia con l’approccio giuridico, da altre discipline, ha trovato immediato riscontro nel programma del Convegno: dopo le due prime relazioni, svolte da costituzionalisti, ne erano prevista altre due, l’una di taglio aziendalistico, l’altra di taglio epidemiologico, affidate la prima al direttore dell’Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi sanitari, Americo Cicchetti, la seconda al vicedirettore del Centro d’eccellenza interdipartimentale per il Management sanitario, Fabrizio Faggiano. Per l’ultima relazione, dedicata a “Gli intrecci non scontati tra diseguaglianze di salute e differenziazioni normative su base territoriale”, qui si rinvia agli Atti del Convegno – la cui pubblicazione è prevista nel n. 1/2020 di questa Rivista –, in ragione dell’impossibilità ad essere presente di Fabrizio Faggiano, per gravi ragioni familiari.

Americo Cicchetti nella relazione “La differenziazione nella lettura degli economisti sanitari”, ha preso anzitutto in considerazione i dati demografici, dai quali emerge come la diminuzione della popolazione, presente in tutto il paese, si concentri in modo particolarmente rilevante nel Sud. A tale processo si accompagna naturalmente quello dell’invecchiamento della popolazione, con conseguente incremento della condizione di cronicità della stessa. Rispetto a una situazione di tal fatta, una possibile risposta è rappresentata dall’innovazione tecnologica in sanità che peraltro presuppone un grado non trascurabile di centralizzazione: l’erogazione di terapie innovative e specializzate richiede pochi centri altamente

qualificati, in numero certamente inferiore alle Regioni italiane; si pensi ad esempio ai centri abilitati alle terapie geniche. Il regionalismo differenziato trova dunque un limite per così dire tecnico nella dimensione inevitabilmente nazionale dell'innovazione tecnologica applicata alla sanità. L'analisi svolta sulla base delle categorie dell'economia sanitaria rivela inoltre il nesso, nelle diverse Regioni, tra il livello di finanziamento del Servizio sanitario e le prestazioni sanitarie effettivamente garantite. Da tale angolo visuale, esistono già varie categorie di Regioni, tra le quali risultano penalizzate quelle sottoposte ai piani di rientro. Secondo Americo Cicchetti, l'obiettivo da perseguire dovrebbe essere quindi il recupero sul piano dell'equità del sistema complessivamente inteso, non già l'accentuazione delle differenze fra i Servizi sanitari regionali, che andrebbero piuttosto ridotte.

Il pomeriggio dell'8 novembre si è aperto con una tavola rotonda, dedicata a “Le tante facce (non tutte auspiciabili) del regionalismo differenziato”, presieduta da Renato Balduzzi che ha sapientemente dialogato con tutti gli interventori. Il titolo della tavola rotonda ben rivela le preoccupazioni ad essa sottese: il procedimento di differenziazione regionale se mosso soltanto da ragioni politiche (Mauro Renna) e inteso in modo abnorme – come pare essere attualmente – dalle Regioni che vi aspirano rischia di modificare l'impianto costituzionale complessivo, mettendo in particolare a repentaglio la tenuta del Servizio sanitario nazionale, attuativo dell'art. 32 Cost. (Fabrizio Politi). Occorre invece leggere la tutela della salute alla luce dei doveri solidaristici, da un lato, e del principio di eguaglianza, dall'altro (Maria Alessandra Sandulli), privilegiando piuttosto un ragionevole approccio proporzionato al regionalismo differenziato, che non metta in crisi i Livelli essenziali di assistenza (Donatella Morana). Approccio ragionevole che risulterebbe certamente più agevole se vi fosse piena consapevolezza, da parte delle Regioni che si muovono verso la differenziazione, che essa non può comunque sfociare in una vera e propria specialità regionale, in ragione del fondamento preordamentale e/o straordinamentale delle Regioni ad autonomia differenziata, il cui novero, perciò stesso, appare insuscettibile di aumentare nel vigente ordinamento repubblicano (Matteo Cosulich). Accanto alle criticità che investono il regionalismo differenziato in sanità nel suo complesso, ora richiamate, nel corso della tavola rotonda ne sono state evidenziate altre che riguardano profili più specifici: i farmaci (Guerino Fares) e la farmacovigilanza (Nello Martini, Presidente della Fondazione Ricerca e Salute); il personale, anche con specifico riferimento all'attività libero-professionale dei medici, non differenziabile per Regione (Carlo Colapietro); il controllo contabile, che deve crescere all'aumentare dall'autonomia, da intendersi sempre fortemente connessa alla responsabilità (Carlo Chiappinelli, Presidente di Sezione della Corte dei Conti). I contenuti della tavola rotonda sono stati ulteriormente arricchiti da quattro interventi programmati che hanno ripreso e approfondito rispettivamente: le relazioni fra Regioni più o meno progredite in ambito sanitario (Alberto Azzena); il personale, con particolare riguardo a quello convenzionato (Davide Servetti) e all'attività libero-professionale intramuraria (Francesco Gallarati); la volontà delle Regioni che intendono differenziarsi di dar vita a Servizi sanitari regionali fortemente diversificati, intervenendo sui *ticket*, da un lato, e sulla sanità integrativa, dall'altro (Vincenzo Antonelli).

Lo spirito che ha animato l'intera giornata del Convegno è stato assai ben espresso dalla successiva testimonianza di Mariella Enoc, Presidente dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù, che, nel definire splendido il nostro Servizio sanitario nazionale, ha magistralmente sintetizzato i sentimenti dei partecipanti, anche quando ha affermato che la sanità deve curare, non produrre; altrimenti non raggiunge il suo fine: la cura, appunto.

Le conclusioni della fruttuosa giornata di studio e di riflessione sono state affidate a due protagonisti delle vicende sanitarie più recenti: Guido Carpani, Capo di Gabinetto del Ministro della Funzione pubblica, dopo aver ricoperto analogo ruolo, sino a qualche settimana fa, presso il Ministro della Salute, e Filippo Anelli, Presidente nazionale dell'Ordine dei medici, che ha assicurato la sua autorevole presenza per tutta la durata dei lavori.

Filippo Anelli ha incentrato il suo intervento sulla constatazione che nell'ambito del Servizio sanitario nazionale sono presenti significative differenze di fatto, soprattutto tra il Sud e il Nord del paese, a tutto danno del primo. Le Regioni finanziariamente più solide si rafforzano ulteriormente grazie ai proventi della mobilità sanitaria interregionale che si dirige verso di esse. Se si confrontano l'Emilia-Romagna e la Puglia, agevolmente comparabili in ragione dell'ammontare delle rispettive popolazioni, può constatarsi come la prima l'anno scorso abbia speso in sanità circa un miliardo in più della seconda. Dati come quello ora proposto dimostrano che per il Servizio sanitario nazionale occorre puntare su un regionalismo ordinario solidale, capace di ridurre le diseguaglianze, non certo su un regionalismo differenziato egoistico, che mira invece ad ampliarle ulteriormente.

Le richieste di differenziazione regionale in materia sanitaria *ex art.* 116, co. 3 Cost. possono leggersi quali denunce di difficoltà riguardanti il funzionamento complessivo del Servizio sanitario nazionale. Così Guido Carpani ha individuato le cause della volontà di differenziarsi di alcune Regioni nelle criticità derivanti da una legislazione statale desueta e da aggiornare e in problemi nuovi che richiedono risposte diverse dal passato, ad esempio relativamente al personale, ai fondi integrativi, ai *ticket*, alle prestazioni di alta specializzazione e alla farmacovigilanza. Le richieste delle Regioni vanno dunque ascoltate, ma la risposta va individuata in interventi riformatori che investano il Servizio sanitario nel suo complesso, non quello di singole Regioni. Si tratta di individuare soluzioni a livello nazionale. Si badi: nazionale, non statale; vale a dire coinvolgendo comunque le Regioni – tutte le Regioni – nelle sedi proprie della leale cooperazione. Le considerazioni ora qui sintetizzate possono ben rappresentare il risultato del Convegno, da proporre alla ulteriore riflessione della comunità scientifica attenta alle questioni sanitarie.