

## **Il Servizio sanitario nazionale dopo la pandemia: quale futuro**

di Gian Candido De Martin\*

29 maggio 2020

Sommario: 1. Un sistema sanitario alla prova dell'emergenza. – 2. Il problematico rapporto tra strutture centrali ed autonomie. – 3. La rete e le scelte territoriali. – 4. Quale lezione per il futuro.

### **1. Un sistema sanitario alla prova dell'emergenza**

La pandemia ci ha costretti a fare i conti in poche settimane anche con la tenuta istituzionale e organizzativa del Servizio Sanitario Nazionale, messo alla prova da un evento drammatico e inatteso, anche se probabilmente non imprevedibile, se si fosse dato retta a quelle voci qualificate che già nel 1972 avevano messo in guardia – nel “Rapporto sui limiti dello sviluppo” del Club di Roma – sui limiti fisici del pianeta per via di risorse naturali non rinnovabili stravolte e non in grado di assorbire gli inquinanti. Disattenzione aggravata, oltre che dal ritardo cinese nel dar conto dell'epidemia, da una serie di disfunzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS-WHO), a cui sono addebitabili varie responsabilità sia di mancata previsione sia di ritardata comunicazione e di carenza o contraddittorietà di misure terapeutiche e comportamentali utili, ivi compresa l'ultima stravagante indicazione del modello <libero> svedese come quello preferibile per fronteggiare il contagio. Responsabilità ancor più pesanti dato che la pandemia è un problema planetario, che esige evidentemente un controllo e interventi aldilà dei confini nazionali, anche laddove vi siano chiusure o muri sovranisti.

Ciò premesso, a voler abbozzare qualche riflessione guardando al futuro, circoscrivendo l'angolo visuale al nostro sistema sanitario, si debbono anzitutto mettere a fuoco – accanto a considerazioni sulla capacità di tenuta complessiva di cui ha dato prova il SSN in questa situazione limite – le principali criticità che sono emerse, talora in forma preoccupante e tale da disorientare operatori e cittadini, in ordine all'assetto e alla gestione delle competenze in materia di tutela della salute. Partendo da una sia pur

---

\* Professore emerito di Diritto pubblico, LUISS Guido Carli.

sintetica ricognizione e chiarificazione della portata delle previsioni costituzionali e normative in materia, a partire dall'impostazione universalista – e non più mutualista – del SSN istituito nel 1978 per attuare l'art. 32 della Costituzione e distinguendo ovviamente l'assetto ordinario da quello emergenziale. E senza soffermarsi qui sul doveroso apprezzamento per la esemplare e spesso eroica dedizione degli operatori sanitari che si sono sacrificati per fronteggiare una situazione a rischio della propria vita, in cui hanno finito per essere quasi travolte anche alcune strutture ospedaliere e la disponibilità di un benemerito volontariato.

Tre sono soprattutto le criticità qui considerate: i ricorrenti conflitti tra il livello nazionale e talune autonomie, specie regionali; la disomogeneità e la diversa tenuta delle organizzazioni e dei servizi sanitari sul territorio; le confusioni nelle indicazioni comportamentali e nella messa in atto di misure per rilevare e/o impedire il contagio.

## **2. Il problematico rapporto tra strutture centrali ed autonomie**

Sul primo punto va subito precisato che i principi e le norme costituzionali offrono un quadro sufficientemente chiaro sul riparto delle competenze legislative tra livello nazionale e autonomie territoriali, intestando allo Stato il potere di disciplinare in via esclusiva la profilassi internazionale ed i livelli essenziali delle prestazioni da assicurare (anche) in materia di tutela della salute su tutto il territorio nazionale, con la possibilità altresì di stabilire i principi fondamentali della organizzazione delle strutture sanitarie, per le quali sussiste comunque una competenza regolativa concorrente o residuale delle Regioni. Sul piano amministrativo e gestionale il baricentro si sposta sul ruolo delle autonomie regionali e locali, tra le quali si articolano le diverse funzioni in materia, fermo restando che il modello organizzativo, in particolare dopo la riforma <aziendalistica> completata nel 1999, si è andato costruendo intorno alle ASL, alle quali dovrebbero far capo sia i presidi ospedalieri che altri servizi di rilevante peso (come l'igiene pubblica e le forniture sanitarie), in raccordo anche con la rete dei medici e pediatri di base dislocati sul territorio.

Questo assetto a diverso titolo multilevel dovrebbe essere supportato e unificato – a parte i limitati poteri di indirizzo e controllo del Ministero di settore e di coordinamento finanziario del MEF, che può disporre anche piani di rientro - da strutture tecnico-scientifiche statali (come l'Istituto superiore di sanità e l'Aifa), con le quali dovrebbe interagire anche la rete delle Agenzie sanitarie regionali, organismi tecnici utili anche per la prevenzione e le emergenze, ma non istituiti in tutte le Regioni. Un sistema complesso, che dovrebbe operare in una prospettiva di armonizzazione di esigenze generali comuni e di specificità e autonomie territoriali, con un costante ricorso a meccanismi di collaborazione e coordinamento, la cui effettiva debolezza è spesso la causa delle difficoltà e disomogeneità delle soluzioni organizzative e gestionali nelle singole realtà regionali, per lo più operanti a loro volta in chiave

centralistica nei confronti delle autonomie locali, tanto più dopo l'opzione aziendalistica che ha finito per emarginare il ruolo sanitario dei Comuni. Emerge quindi in vario modo un fattore rilevante di debolezza dell'intero SSN, in cui la sola Conferenza Stato-Regioni non riesce sempre ad assicurare meccanismi adeguati di raccordo e di collaborazione tra i diversi livelli istituzionali: meccanismi essenziali in un sistema di autonomie non separate, ma interagenti in una logica di cooperazione, e non di competizione. D'altra parte, si tratta di una debolezza di tutto il sistema istituzionale della Repubblica, carente di sedi e procedure adeguate – sia in sede legislativa che amministrativa - per tenere insieme le necessarie autonomie e una visione unitaria del policentrismo.

D'altra parte, questa difficoltà a praticare una leale collaborazione – che richiede sia autorevolezza del ruolo politico centrale sia concreta disponibilità delle autonomie – si è resa ancor più evidente con l'emergenza pandemica, che ha comportato, in base alla normativa in materia e a quella sulla protezione civile, un accentramento a livello governativo sia di funzioni normative riguardanti comportamenti, mobilità e indirizzi tecnici (con decreti legge e soprattutto strumenti normativi elastici e tempestivi come i provvedimenti di vari organi governativi), sia di compiti amministrativi (con nomina di commissari per l'acquisto di dispositivi essenziali non disponibili sul territorio). In effetti, oltre che preoccupanti questioni di infodemia, sono emerse ricorrenti tensioni e problemi di raccordo con i poteri di ordinanza contingibili e urgenti spettanti ai presidenti regionali o ai sindaci.

Anzi, proprio su questo terreno si sono registrati i maggiori scoordinamenti e polifonie stonate, soprattutto per il protagonismo (politico) di taluni presidenti regionali che - rafforzando l'autoqualifica di governatori – hanno assunto iniziative in contrasto con gli indirizzi e le norme statali (e talora anche con i sindaci), al di fuori dello spazio ad essi consentito dai decreti legge o dai DPCM, in base ai quali potrebbero eventualmente disporre solo regole più restrittive di quelle statali. Questioni certo complesse, che qui non si possono ulteriormente dettagliare, ma che dovrebbero indurre i protagonisti (statali e regionali) a cercare il più possibile forme di coordinamento e collaborazione, senza la tentazione di scorciatoie o di contrapposizioni regionali che minano la credibilità del sistema paese e confondono operatori e cittadini.

### **3. La rete e le scelte territoriali**

La pandemia ha evidenziato anche altre questioni, tra cui quelle relative ai modelli organizzativi realizzati da ciascuna Regione in campo sanitario. Di qui, ad esempio, le differenze – talora assai marcate – in ordine al rapporto pubblico/privato nell'organizzazione dei presidi sanitari, in primo luogo ospedalieri, con Regioni come la Lombardia che hanno costruito via via un sistema misto, mentre la maggior parte hanno mantenuto il baricentro su quelli pubblici, il cui ruolo si è rivelato indispensabile

nell'emergenza pandemica, specie in ordine alla disponibilità di un numero adeguato di strutture di terapia intensiva, poco presenti nel privato (salvo qualche riconversione virtuosa).

Altra differenza rilevante che è emersa in questa fase emergenziale è quella riguardante la solidità della rete di presidi territoriali non ospedalieri, facenti capo anzitutto ai medici di base: rete che, laddove presente in tutto il territorio e non sguarnita da scelte regionali incentrate sugli ospedali, ha reso possibile – nonostante la larga inattuazione della riforma Balduzzi del 2012 - un supporto prezioso pre o alternativo a quello ospedaliero, consentendo di fronteggiare meglio una situazione straordinaria in virtù della conoscenza ordinaria dei pazienti sia sintomatici che asintomatici.

Vi è anche un altro aspetto che non è apparso affatto secondario durante l'emergenza, quello relativo alla disponibilità nelle singole realtà regionali o locali di dispositivi di protezione individuale e di kit per tamponi o test sierologici, assistiti da una rete di laboratori e strutture tecniche in grado di verificare tempestivamente l'esistenza o meno del virus Covid 19. Su questo terreno si sono talora registrate forti differenze tra le varie Regioni, dipendenti evidentemente dalle diverse politiche seguite negli acquisti dei presidi e nell'organizzazione della rete territoriale in grado di somministrarli e di riscontrarne l'esito. Di qui anche la possibilità – oltre che di eventuali differenziazioni tra Regioni nella cd. fase 2 - di dar corso da parte di alcune Regioni ad interventi molto più organici rispetto ad altre nella ricerca e verifica dei contagiati e nella lotta alle infezioni, con risultati apprezzabili ad es. in Veneto, anche per via di un orientamento tecnico-scientifico più aperto all'uso di questi strumenti rispetto a quello indicato a livello nazionale, evidentemente condizionato (almeno finora) dalla scarsa disponibilità dei materiali necessari.

#### **4. Quale lezione per il futuro**

A voler trarre da questa esperienza drammatica qualche orientamento per migliorare l'assetto del SSN, dopo che si sarà superata la fase dell'emergenza e si sarà ripristinata una condizione "normale" di vita, si possono schematicamente indicare alcuni punti, fermo restando che nulla resterà come prima e che si dovranno verosimilmente cambiare sia molti stili di vita che le politiche di previsione di ulteriori squilibri pandemici nel rapporto uomo-natura.

Anzitutto direi che non c'è nessuna ragione per mettere in discussione l'impianto complessivo del servizio sanitario, che riserva al centro le principali scelte normative, il finanziamento e la perequazione, nonché funzioni di controllo e supporto tecnico, demandando invece alla dimensione regionale/locale le responsabilità per l'organizzazione e la gestione dei servizi sul territorio. No quindi a riportare la gestione della sanità al centro, né a prevedere specifiche clausole aggiuntive di supremazia statale, come pure da qualche parte si vorrebbe, col rischio di introdurre clausole

vampiro in grado di svuotare il senso e le responsabilità dell'autonomia, alimentando nuovi centralismi: sono principalmente le comunità territoriali a doversi far carico di realizzare un servizio a misura delle proprie esigenze e specificità, ovviamente nel quadro e nel rispetto di linee generali fissate con gli strumenti normativi e tecnici già ricordati e ferme restando le misure di emergenza che possono contingentemente derogare a questa impostazione, spostando al centro alcune competenze normative e decisionali.

Sì invece ad un dibattito pubblico mirato a migliorare e potenziare il SSN, ovviando a taluni evidenti limiti che la pandemia ha fatto emergere, puntando quindi ad un sistema più integrato, in cui il legislatore statale faccia fino in fondo la sua parte, attuando le previsioni costituzionali (senza lasciare lacune o incertezze nelle linee guida e nelle scelte di sistema), e l'amministrazione statale di settore eserciti realmente i compiti che le spettano, ivi compreso – se necessario – il potere sostitutivo che, ex art. 120 Cost., abilita ad intervenire per tutelare l'unità nazionale ed i livelli essenziali delle prestazioni rilevanti in materia. Sì inoltre in tal senso ad un'effettiva previsione e rafforzamento di strumenti adeguati di coordinamento (non gerarchico) e di collaborazione, che facilitino intese e raccordi e mantengano unità e coesione al sistema, anche sul piano delle scelte tecniche, senza con ciò mettere in discussione le competenze regionali e locali. In questo quadro potrebbe aver senso anche una razionalizzazione degli organismi tecnici nazionali con un'agenzia che rafforzi il ruolo dell'ISS, in coordinamento con le agenzie sanitarie regionali, evitando scelte tecniche disomogenee, specie in ordine ai meccanismi di previsione e prevenzione delle epidemie.

Sì infine anche alla revisione di qualche profilo dell'autonomia organizzativa regionale, in modo da rendere più cogente – nel quadro di un sistema di finanziamento basato su standard oggettivi e forme di perequazione in sintonia con le previsioni dell'art. 119 Cost. - la realizzazione di un servizio effettivamente universale che faccia perno su strutture territoriali di prevenzione e di cura pubbliche ed affidabili, integrate con una solida rete di medici di base e coordinate con le funzioni ed i servizi socio-sanitari degli enti locali in modo da dar spazio anche al volontariato e III settore.

Quanto sopra in ordine al SSN, essendo peraltro sempre più evidente l'importanza anche di misure e interventi in materia sanitaria di dimensione sovranazionale, sia nella prospettiva europea, che dovrebbe finalmente mostrare anche in questo campo la capacità di dar vita ad un sistema integrato in grado di supportare ed orientare le politiche nazionali e territoriali, sia soprattutto nell'essenziale ottica planetaria, in cui si pone sempre più l'esigenza di avere un'Organizzazione mondiale della sanità affidabile sul piano tecnico e non condizionata da dipendenze politiche o superpotenze. Un'esigenza che riguarda sempre più anche l'organizzazione mondiale della ricerca farmacologica, per la quale è auspicabile che si dia vita al più presto ad un organismo internazionale finanziato con mezzi pubblici, superando quella visione neo-liberista della sanità che ha ridotto la salute ad un bene commerciale nelle mani dei colossi del

settore, a cominciare da Big Pharma (come sottolineato da Guido Tonelli proprio a margine della pandemia).