

ISSN 2283-6527

Estratto

RIVISTA SEMESTRALE DI SCIENZA COSTITUZIONALE, DIRITTO DELL'ECONOMIA E TEORIA DEL DIRITTO DIRETTA DA ALIS VIGNUDELLI

LO STATO

Mucchi Editore



RIVISTA SEMESTRALE DI
SCIENZA COSTITUZIONALE, DIRITTO DELL'ECONOMIA E TEORIA DEL DIRITTO

diretta da
ALJS VIGNUDELLI

ANNO XIII - NUMERO 24 (GENNAIO 2025 - LUGLIO 2025)



Mucchi Editore

COMITATO DI REDAZIONE

FEDERICO PEDRINI
(Università di Modena e Reggio Emilia, Capo redattore)

LUCA VESPIGNANI
(Università di Modena e Reggio Emilia, Capo redattore)

GIORGIA BERRINO
(Università di Firenze)

MATTEO CALDIRONI
(Università di Modena e Reggio Emilia)

VALENTINA CAVANI
(Università di Modena e Reggio Emilia)

ELENA CECCHINI
(Università di Parma)

PIETRO FERRETTI
(Università di Parma)

MARTINA GREPPI
(Università di Parma)

LUCA MANDRIOLI
(Università di Modena e Reggio Emilia e Università di Trento)

COLLEGIO DEI GARANTI

ROBERT ALEXY (Christian-Albrechts-Universität zu Kiel – Germania)

ANTONIO BALDASSARRE (Luiss Guido Carli di Roma, Pres. em. Corte Cost. – Italia)

AUGUSTO BARBERA (*Alma Mater*-Università di Bologna, Pres. em. Corte Cost. – Italia)

SERGIO BARTOLE (Università di Trieste, Pres. em. AIC – Italia)

ENZO CHELI (Università di Firenze, Vice-Pres. em. Corte Cost. – Italia)

BIAGIO DE GIOVANNI (Università “L’Orientale” di Napoli, Accademia Naz. dei Lincei – Italia)

LAWRENCE M. FRIEDMAN (Stanford Law School – USA)

NATALINO IRTI (Sapienza Università di Roma, Accademia Naz. dei Lincei – Italia)

ANDREA MANZELLA (Luiss Guido Carli di Roma – Italia)

FABIO MERUSI (Università di Pisa – Italia)

ENRICO PATTARO (*Alma Mater*-Università di Bologna – Italia)

STANLEY L. PAULSON (Washington University, St. Louis, MO – USA)

PIETRO PERLINGIERI (Università del Sannio, Pres. S.i.s.d.i.c. – Italia)

GIUSEPPE UGO RESCIGNO (Sapienza Università di Roma – Italia)

PIETRO RESCIGNO (Sapienza Università di Roma, Accademia Naz. dei Lincei – Italia)

GEORG RESS (Universität des Saarlandes, già giudice EDU – Germania)

ALBERTO ROMANO (Sapienza Università di Roma – Italia)

PIERANGELO SCHIERA (Università di Trento – Italia)

FRANCO GAETANO COCA (Sapienza Università di Roma – Italia)

MICHELE SCUDIERO (Università di Napoli Federico II, Pres. em. CUN – Italia)

FEDERICO SORRENTINO (Sapienza Università di Roma, Pres. em. AIC – Italia)

MICHEL TROPER (Université Paris Ouest – Francia)

COMITATO SCIENTIFICO

- GUIDO ALPA[†] (Sapienza Università di Roma, Pres. em. Ass. Civilisti Italiani – Italia)
MAURO BARBERIS (Università di Trieste – Italia)
ROBERTO BIN (Università di Ferrara – Italia)
MICHELANGELO BOVERO (Università di Torino – Italia)
SCOTT BREWER (Harvard University, Cambridge, MA – USA)
JÜRGEN BRÖHMER (Murdoch University, Perth – Australia)
PIERRE BRUNET (Université Paris Ouest – Francia)
AGOSTINO CARRINO (Università di Napoli Federico II – Italia)
OMAR CHESSA (Università di Sassari – Italia)
FULVIO CORTESE (Università di Trento – Italia)
MARIO DOGLIANI (Università di Torino – Italia)
HORST DREIER (Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Pres. em. VDStRL – Germania)
GIUSEPPE DUSO (Università di Padova – Italia)
TIMOTHY ENDICOTT (University of Oxford – Regno Unito)
GIAMPIETRO FERRI (Università di Verona – Italia)
ROBERTO GARGARELLA (Universidad de Buenos Aires – Argentina)
LECH GARLICKI (Uniwersytet Warszawski, già giudice costituzionale e giudice EDU – Polonia)
ENRICO GROSSO (Università di Torino – Italia)
RICCARDO GUASTINI (Università di Genova – Italia)
JUAN CARLOS HENAO (Universidad Externado de Colombia, Pres. em. Corte Cost. – Colombia)
CARLOS-MIGUEL HERRERA (Université de Cergy-Pontoise – Francia)
MARIO JORI (Università di Milano – Italia)
PHILIP KUNIG (Freie Universität Berlin – Germania)
MASSIMO LUCIANI (Sapienza Università di Roma, Accademia Naz. dei Lincei,
Pres. em. AIC, giudice Corte Cost. – Italia)
CLAUDIO LUZZATI (Università di Milano – Italia)
MICHELA MANETTI (Università di Siena – Italia)
ALESSANDRO MANGIA (Università Cattolica di Milano – Italia)
ERIC MILLARD (Université Paris Ouest – Francia)
GIUSEPPE MORBIDELLI (Sapienza Università di Roma – Italia)
PÉTER PACZOLAY (Szegedi Tudományegyetem, Pres. em. Corte Cost. – Ungheria)
GIORGIO PINO (Università Roma Tre – Italia)
ANNA MARIA POGGI (Università di Torino – Italia)
GERALD J. POSTEMA (University of North Carolina at Chapel Hill, NC – USA)
FRANCESCO RIMOLI (Università Roma Tre – Italia)
VINCENZO ROPPO (Università di Genova – Italia)
ALEJANDRO SAIZ ARNAIZ (Universitat Pompeu Fabra, Barcelona – Spagna)
GINO SCACCIA (Università di Teramo – Italia)
ANTONINO SCALONE (Università di Padova – Italia)
KURT SEELMANN (Universität Basel – Svizzera)
SANDRO STAIANO (Università di Napoli Federico II, Pres. em. AIC – Italia)
GIULIANA STELLA (Università di Napoli Federico II – Italia)
GIOVANNI TARLI BARBIERI (Università di Firenze – Italia)
KENDALL THOMAS (Columbia Law School New York – USA)
STEPHEN TURNER (University of South Florida, FL – USA)
RODOLFO VÁZQUEZ (Instituto Tecnológico Autónomo de México – Messico)
ALJS VIGNUDELLI (Università di Modena e Reggio Emilia – Italia)
MAURO VOLPI (Università di Perugia, già componente CSM – Italia)
GIUSEPPE ZACCARIA (Università di Padova, Accademia Naz. dei Lincei – Italia)
GIANFRANCESCO ZANETTI (Università di Modena e Reggio Emilia – Italia)

Con il patrocinio di



Accademia di Scienze Lettere e Arti
di Modena

ABI



Accademia degli Incamminati
Modigliana

Questo volume è stato realizzato con un contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia



BPER:
Banca



GENERAL FITTINGS



Lo Stato. Rivista semestrale di scienza costituzionale, diritto dell'economia e teoria del diritto

Direttore responsabile: Aljs Vignudelli

Direzione scientifica: Prof. Aljs Vignudelli, via Aurelio Saffi, 14 - 40131 - Bologna - presidente@seminarimutinensi.it

issn 2283-6527 - autorizzazione del Tribunale di Modena 2184 del 13.10.2013

© STEM Mucchi Editore Srl - 2025 (sede: Via Jugoslavia, 14 - 41122 - Modena)

info@mucchieditore.it www.mucchieditore.it facebook.com/mucchieditore twitter.com/MucchiEditore instagram.com/mucchi_editore/

La legge 22 aprile 1941 sulla protezione del diritto d'Autore, modificata dalla legge 18 agosto 2000, tutela la proprietà intellettuale e i diritti connessi al suo esercizio. Senza autorizzazione sono vietate la riproduzione e l'archiviazione, anche parziali, e per uso didattico, con qualsiasi mezzo, del contenuto di quest'opera nella forma editoriale con la quale essa è pubblicata. Fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nel limite del 15% di ciascun volume o fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le riproduzioni per uso differente da quello personale potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata dall'editore o dagli aventi diritto.

Tipografia Stem Mucchi editore (MO), stampa Mediagraf (PD). Finito di stampare nel mese di agosto 2025.

Condizioni di abbonamento

Abbonamento annuo (2 numeri, iva inclusa):

Formato cartaceo Italia € 60,00; formato cartaceo Estero € 85,00; numero singolo € 35,00 (più spese di spedizione)

Formato digitale (con login) € 47,00; formato digitale (con ip) € 56,00; numero singolo digitale € 28,00

Cartaceo e digitale Italia (con login) € 71,00; cartaceo e digitale (con ip) € 80,00

Cartaceo e digitale estero (con login) € 96,00; cartaceo e digitale (con ip) € 105,00

Le richieste di abbonamento, le comunicazioni per variazione di indirizzo ed eventuali reclami per il mancato ricevimento di fascicoli vanno indirizzati all'amministrazione della Rivista, presso la Casa editrice. L'abbonamento decorre dal 1 gennaio e dà diritto a tutti i numeri dell'annata. Il pagamento deve essere effettuato direttamente all'editore sul c/c postale n. 11051414, a ricevimento fattura (valido solo per enti e società), mediante carta di credito (sottoscrivendo l'abbonamento *online* all'indirizzo www.mucchieditore.it). Al fine di assicurare la continuità nell'invio dei fascicoli, gli abbonamenti si intendono rinnovati per l'anno successivo. La disdetta dell'abbonamento va effettuata tramite raccomandata a/r alla sede della Casa editrice, o tramite posta elettronica certificata (info@pec.mucchieditore.it), entro il 31 dicembre dell'annata in corso. I fascicoli non pervenuti all'abbonato devono essere reclamati al ricevimento del fascicolo successivo. Decorso tale termine si spediscono, se disponibili, dietro rimessa dell'importo (prezzo di copertina del fascicolo in oggetto). Le annate arretrate sono in vendita al prezzo della quota di abbonamento dell'anno in corso. Si accordano speciali agevolazioni per l'acquisto di più annate arretrate, anche non consecutive, della stessa Rivista. Per l'acquisto di singoli fascicoli della Rivista consultare il catalogo *on line*. Il cliente ha la facoltà di recedere da eventuali ordini unicamente mediante l'invio di una lettera raccomandata a/r alla sede della Casa editrice, fax o e-mail (seguiti da una raccomandata a/r) entro le successive 48 ore atte a consentire l'identificazione del cliente e dell'ordine revocato (merce, data, luogo, etc.). La revoca dell'ordine deve essere spedita entro e non oltre 10 giorni successivamente alla data di sottoscrizione.

INDICE

Saggi

CORRADO CARUSO, <i>Le funzioni politiche della giustizia costituzionale</i>	11
ENRICO DICIOTTI, <i>Assunti e implicazioni di una teoria sulle attività creative dei giudici. In risposta ad alcune critiche di Gaetano Carlizzi</i>	45
FRANCESCO RIMOLI, <i>Neoliberalismo, infosfera, società della prestazione: i rischi di una democrazia accelerata</i>	71
EMANUELE ROSSI, <i>La compatibilità tra le funzioni di parlamentare e di componente del Governo e i suoi riflessi sul funzionamento delle Camere</i>	101

Materiali

MARIO JORI, <i>Scarpelli filosofo</i>	145
ERIC MILLARD, <i>Eisenmann reconstruteur de la théorie constitutionnelle de Montesquieu</i>	163
CHARLES EISENMANN, <i>La Pensée Constitutionnelle de Montesquieu</i>	167
FEDERICO PEDRINI, <i>Colloquio sull'Ermeneutica II. L'ermeneutica giuridica tra diritto e giustizia. Intervista al Prof. Gaetano Chiurazzi (Torino, luglio 2025)</i>	191

Interventi, Note e Discussioni

SERGIO BARTOLE, <i>Per gli 80 anni di Gustavo Zagrebelsky. Riflessioni intorno a Il diritto mite</i>	243
MARTA CAREDDA, <i>I provvedimenti disciplinari del C.S.M., tra discrezionalità e riserva di legge</i>	253
GIUSEPPE DE VERGOTTINI, <i>Giustizia costituzionale e diritti umani</i>	273
MICHELE MASSA, <i>Separazione dei poteri e discrezionalità dei giudici nel pensiero di Gaetano Silvestri</i>	283
ANDREA MORRONE, <i>La "riforma della giustizia" del Governo Meloni: un ibrido "senza decisione"</i>	307

Cronache extravaganti

ALJS VIGNUDELLI, <i>Guido Alpa, amico di longue durée</i>	329
RENATO BALDUZZI, <i>I tanti Guido Alpa</i>	335
MARCELLO BASILICO, <i>In ricordo del Professore</i>	339
ALBERTO MARIA BENEDETTI, <i>Guido Alpa e l'esperienza genovese</i>	343
SERGIO MARIA CARBONE, <i>Guido, giurista e uomo unico</i>	347
ANDREA D'ANGELO, <i>Guido Alpa, breviario di un'amicizia</i>	349
GIUSEPPE FRANCO FERRARI, <i>Un'amicizia in viaggio</i>	351
MAURO GRONDONA, <i>Guido Alpa, ovvero della mitezza metodologica</i>	353
GIUSEPPE MORBIDELLI, <i>Frammenti di un dizionario di ricordanze (giuridiche e non)</i>	357
VINCENZO ROPPO, <i>Guido Alpa: mitezza e forza</i>	361
ALESSANDRO SOMMA, <i>Con Guido Alpa da Genova a Roma passando per la Germania</i>	365

Maestri del Novecento

VINCENZO FERRARI e VALERIO POCAR, <i>Renato Treves e la sua eredità, nel dialogo tra gli allievi</i>	371
ANGELO PANEBIANCO, <i>Matteucci e il liberalismo in trasformazione</i>	383

Nel cortile del banano

Recensioni

► MONICA BERGO, <i>I pensieri e le ali del diritto fondamentale alla salute</i>	393
LUCA VESPIGNANI, <i>Laicità ieri, oggi e domani</i>	409
Schede bibliografiche.....	421

I pensieri e le ali del diritto fondamentale alla salute

di Monica Bergo*



Sommario: § 1. – Un filo rosso comune di “pensieri” sulla sanità italiana tra diritto costituzionale ed economia. § 2. – Il pensiero forte dell’Assemblea costituente di fronte alla peculiare fragilità del diritto alla salute: Icaro o fenice? § 3. – Nuove ali per il Sistema Sanitario: il principio della spesa costituzionalmente necessaria, l’autonomia “generativa”, la solidarietà in vista dell’utilità sociale, il *welfare* abilitante. § 4. – La “sussidiarietà circolare” come volano per il nuovo modello di sanità. § 5. – Solo un *summing up* in luogo delle conclusioni.

LUCA ANTONINI, STEFANO ZAMAGNI, *Pensare la sanità. Terapie per la sanità malata*, Roma, Studium, 2025, pp. 176.

§ 1. – *Un filo rosso comune di “pensieri” sulla sanità italiana tra diritto costituzionale ed economia*

In questo libro agile, ma non leggero, Luca Antonini e Stefano Zamagni offrono, coniugando brillantemente la lente del costituzionalista a quella dell’economista, il loro pensiero condiviso sulla sanità italiana.

E proprio i diversi “pensieri” che hanno innervato e dato vita al sistema italiano di tutela della salute rappresentano il filo rosso del volume che si dipana lungo la serie di riforme, successi e fallimenti del nostro Sistema Sanitario, per culminare con la proposta articolata di un nuovo pensiero, che prende le mosse da quello “illuminato” che ha guidato i lavori della Assemblea costituente.

§ 2. – *Il pensiero forte dell’Assemblea costituente di fronte alla peculiare fragilità del diritto alla salute: Icaro o fenice?*

Secondo Antonini è stato senza dubbio un «pensiero forte» quello che ha ispirato nel 1947 i lavori dell’Assemblea costituente per redigere la

* Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

versione definitiva dell'art. 32 Cost.¹: un pensiero soprattutto di medici, come l'on. Mario Merighi, che aveva chiarito come un individuo «malato o minorato, nelle sue capacità fisiche e intellettuali» non sia più un uomo libero e che, pertanto, la salute «è il primo requisito essenziale per la libertà dell'individuo»². Non è un caso che solo per questo diritto la Costituzione utilizzi in modo esplicito l'aggettivo 'fondamentale', ritenendo di riferirsi con il diritto alla salute a un principio di libertà irrinunciabile e consustanziale della persona umana.

Il pensiero dell'Assemblea costituente era forte anche perché ancorato saldamente alla realtà, ossia alle condizioni in cui si trovava concretamente il nostro Paese nel secondo dopoguerra, come osservava un altro medico tra i padri costituenti, l'on. Alberto Maria Cavallotti, il quale ricordava che «con le bombe piovute dal cielo e le granate mandateci da cannoni nemici ed amici, Napoli ha perso il suo triste primato» di città in cui più di 30.000 persone dormivano in più di dieci nella stessa stanza, e «l'ha ceduto all'Italia tutta, Napoli si è nazionalizzata nella sua sciagura»³.

La passione per la professione medica, scrive Antonini, ha unito trasversalmente uomini divisi su tutto sotto il profilo dell'appartenenza politica, ma che «seppero far volare un pensiero alto, che partiva dalla loro esperienza e guardava lontano», riuscendo così a superare «ogni miopia e ideologia» e approdando al riconoscimento del diritto fondamentale alla salute per il popolo italiano, sulla base della solidarietà e della centralità della dignità di ogni persona umana⁴.

Il primo germoglio – seppure alquanto tardivo – di questo pensiero forte è fiorito con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, da parte della legge n. 833 del 1978, definito come un «miracolo» per la criticità del momento storico in cui avveniva, e che si deve alla dedizione di Tina Anselmi, all'epoca titolare del Ministero della Sanità, la quale raccolse l'eco del dibattito svoltosi in Assemblea costituente. Con questa riforma, che sostituiva il precedente sistema (profondamente diseguale e discriminatorio) delle mutue, la copertura sanitaria assumeva a tutti gli effetti i connotati della universalità dei destinatari a prescindere dall'occupazione lavorativa di ciascuno, superando addirittura l'orizzonte dell'art. 32 Cost. – che si limita a evocare il compito della Repubblica di garantire «cure gratuite agli indigenti» – e prescrivendo la globalità delle prestazioni mediante la valorizzazione delle tre dimensioni della prevenzione, della riabilitazione e della promozione del benessere (così anticipando quella prospettiva che oggi è denominata *One Health*): in definitiva, nel nuovo Sistema Sanitario Nazionale (SSN) si realizzavano finalmente le condizio-

¹ *Pensare la sanità* (di seguito PS), 21-22.

² PS, 23.

³ PS, 25.

⁴ PS, 26.

ni di concreta effettività del diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività⁵.

L'idea forte che ha guidato le prime attuazioni dell'art. 32 Cost. si è però ben presto scontrata con l'aspetto più delicato del diritto alla salute, quello che secondo Antonini contribuisce a renderlo, al tempo stesso, il più importante ma anche «il più fragile tra tutti i diritti sociali»⁶: il suo imprescindibile condizionamento dalle risorse finanziarie. Evocando il don Ferrante manzoniano, l'Autore osserva come – a differenza dell'istruzione e della cultura – la salute non è un diritto che ci si possa garantire da sé. Non solo, si potrebbe aggiungere. In quest'ottica, si tratta del diritto che si rivela come il più condizionato dalle risorse finanziarie: «Nessuno, fra i vari diritti sociali, dipende come il diritto alla salute, dalle risorse pubbliche che vengono stanziare»⁷.

A riprova di ciò, viene posto in evidenza come, già negli anni Novanta, le Unità Sanitarie Locali, che rappresentavano il braccio operativo dello Stato e delle Regioni nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, «caddero ben presto in balia della lottizzazione politica e l'assenza di meccanismi di responsabilizzazione della spesa sanitaria rese insostenibile il costo della sanità»⁸.

Si è assistito così alla lunga serie di “riforme delle riforme”, a partire dal d.lgs. n. 501 del 1992, che introduceva i principi della managerializzazione e aziendalizzazione delle USL e stimolava l'ingresso del mercato nel settore sanitario e lo sviluppo della competizione tra pubblico e privato; seguito poi dal d.lgs. n. 299 del 1999, che definiva i Livelli Essenziali di Assistenza (i LEA), articolandoli in tre aree: assistenza sanitaria collettiva, distrettuale e ospedaliera.

Nel 2001 la riforma costituzionale del Titolo V ha impresso un'ulteriore svolta al Sistema Sanitario Nazionale, rafforzando sensibilmente il ruolo delle Regioni, attraverso l'assegnazione alla competenza legislativa concorrente della materia «tutela della salute» e alla competenza regionale residuale quella dell'organizzazione sanitaria.

La successione di riforme “incompiute” che ha caratterizzato il nostro Paese, come già efficacemente messo in evidenza dallo stesso Antonini in precedenti scritti⁹, non ha consentito uno sviluppo omogeneo del Sistema Sanitario Nazionale in tutto il territorio. La presenza di forti e crescenti disuguaglianze fra Regioni è emblematica, così come la costante crescita

⁵ La stessa Ministra Anselmi, nell'individuare il fondamento etico e politico della riforma, così sintetizzò le coordinate di fondo del nuovo SSN: «Globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza del trattamento, rispetto della dignità e della libertà della persona» (cfr. PS, 83).

⁶ PS, 33 ss.

⁷ PS, 34.

⁸ PS, 29.

⁹ L. ANTONINI, *Federalismo all'italiana. Dietro le quinte della grande incompiuta*, Venezia, Marsilio, 2013, in part. 203.

dei dati sulle c.d. “migrazioni sanitarie” di pazienti delle Regioni del sud che vanno a curarsi in Regioni del nord.

L’epilogo di questo lungo volo del Sistema Sanitario in Italia viene segnato dall’esplosione della spesa sanitaria che dal 1998 al 2008 è quasi raddoppiata, passando da 55,1 miliardi del 1998 a 101,4 miliardi nel 2008, culminato con il tristemente noto ripiano *monstre* di 12 miliardi approvato dal Governo Prodi nel 2007, per cinque Regioni del Sud che avevano registrato un grave disavanzo sanitario. Si è trattato, in breve, di un aumento della spesa al quale non è seguita una corrispondente crescita della qualità delle cure in tutto il territorio, poiché in alcune Regioni ha finito, di fatto, per finanziare le perduranti inefficienze.

Peraltro, non si può trascurare che l’attuale Sistema Sanitario presenta anche molte luci, come le eccellenze regionali che sono considerate fra le migliori a livello internazionale¹⁰ e che collocano, complessivamente, il nostro Paese al secondo posto al mondo (dopo la Francia) per capacità di soddisfare il bisogno di cura dei cittadini, a parità di spesa pubblica¹¹.

Gli Autori imputano all’assenza di meccanismi di responsabilizzazione, connessi anche alla mancata attuazione dell’autonomia finanziaria regionale contemplata dall’art. 119 Cost., il progressivo indebolimento del pensiero forte che aveva animato, *in primis*, i lavori dell’Assemblea costituente e, poi, soprattutto la riforma legislativa del 1978.

Il diritto alla salute, infatti, si trova al crocevia fra lo Stato che finanzia il Fondo Sanitario Nazionale, da un lato, e le Regioni che organizzano concretamente e realizzano i sistemi di cura. Non è un crocevia dove è facile resistere, osserva Antonini, soprattutto non è un crocevia che rende evidente e valorizza quei sistemi di responsabilizzazione cui accenna Zamagni come prerequisito per garantire l’universalismo.

Infatti, se il Governo e il Parlamento tagliano il finanziamento al diritto alla salute, sono le Regioni che subiscono direttamente l’impatto di tale scelta, poiché si trovano costrette nell’alternativa tra introdurre ticket sanitari, aumentare l’addizionale regionale all’Irpef o ridimensionare i servizi sanitari offerti alla popolazione.

La descritta dissociazione delle responsabilità determina il paradosso per cui i tagli alla spesa sanitaria, anche di alcuni miliardi, possano produrre effetti tangibili per la popolazione a distanza di diversi anni dal momento in cui la decisione è stata assunta.

I tagli alla sanità sono «silenziosi e nascosti»¹²: a differenza di quelli incidenti sulla spesa pensionistica, facilmente percepibili dai cittadini, i tagli ai finanziamenti della sanità avvengono senza che il destinatario delle prestazioni ne abbia immediata percezione.

Il brusco risveglio determinato dall’esperienza pandemica da COVID-19 è un caso paradigmatico di quanto descritto. Un Sistema Sani-

¹⁰ PS, 81.

¹¹ PS, 102.

¹² PS, 37.

tario che non è stato in grado di far fronte in modo efficace all'emergenza e si è trovato – anche e soprattutto nel momento successivo all'emergenza – a scontare le conseguenze di tagli alla spesa avvenuti molti anni prima. Solo dopo il COVID i cittadini si sono accorti delle lunghe liste d'attesa, della carenza di personale medico e infermieristico, della scelta tragica sottesa all'impossibilità di fronteggiare con efficacia la domanda di salute: chi salvare?

Eppure, in un sistema universalistico, questa domanda non dovrebbe trovare spazio. Le risorse non dovrebbero mai mancare.

L'analisi dei dati sull'andamento della spesa sanitaria negli ultimi dieci anni è significativa.

Negli ultimi anni la spesa sanitaria complessiva delle Regioni/Province autonome ha evidenziato una tendenza crescente (+9,3% rispetto al 2020)¹³, passando dai 136,7 miliardi di euro del 2020 (anno in cui si è registrato un incremento del 10,2% rispetto al 2019), ai 149,5 miliardi di euro del 2022¹⁴.

Questa tendenza incrementale positiva, tuttavia, viene contraddetta se si osserva il dato della spesa rapportato al PIL, pari al 7% per PIL nel 2021, al 6,8% del PIL nel 2022 e al 6,2% del PIL nel 2023¹⁵, inferiore sia alla media UE 27 (pari a 8,8% del PIL), sia a quella dell'area Euro (9,1% del PIL)¹⁶. Anche con riferimento al livello di spesa *pro capite* (2144 euro) la spesa sanitaria pubblica in Italia si attesta ben al di sotto di quella della media UE 27 (2893 Euro) e di quella dell'area Euro (3280 Euro), con un importo pari a meno della metà di quella tedesca (4785 Euro).

Il nostro Paese, inoltre, rispetto agli altri Paesi europei, presenta un'elevata speranza di vita (giunta ormai ai 84 anni) e bassi tassi di natalità; una combinazione, dunque, che prospetta evidentemente una crescita tendenziale del fabbisogno di spesa sanitaria. Ad oggi per colmare la distanza fra fabbisogno di spesa e risorse stanziata dal SSN provvedono diret-

¹³ La spesa sanitaria complessiva nel 2019 era pari a circa 124,1 miliardi di euro: così Corte dei conti, Sezione delle autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/Province autonome, esercizi 2020-2023*, deliberazione n. 14/SEZAUT/2024/FRG, 213 ss.

¹⁴ La spesa sanitaria corrente costituisce la parte preponderante della spesa complessiva sanitaria ed è costituita, per la maggior parte, da trasferimenti correnti agli enti sanitari regionali (circa il 96%), i quali si occupano concretamente di erogare i servizi per la tutela della salute, mentre la restante parte è rappresentata da acquisto di beni e servizi (circa 3%) e altre spese (circa 1%). L'aumento della spesa sanitaria registrato nel periodo in esame è, in prevalenza, ascrivibile, nel 2020 e 2021, alle maggiori risorse destinate dallo Stato al settore sanitario per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Sars Covid (pari a circa 6 miliardi) e, nel 2022, all'incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a cui concorre lo Stato.

¹⁵ Cfr. GIMBE, 7° *Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, presentato a Roma, 8 ottobre 2024, Sala Capitolare di Palazzo della Minerva, Senato della Repubblica, 59 ss., consultabile *on line* al link <https://salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/7-rapporto-gimbe.it-IT.html>.

¹⁶ UPB, *Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'esame della proposta di legge C. 1298 Quartini, recante "Disposizioni concernenti il finanziamento, l'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nonché delega al Governo per il riordino delle agevolazioni fiscali relative all'assistenza sanitaria complementare"*, Commissione XII della Camera dei Deputati, 17 luglio 2024, 3 ss.

tamente i privati cittadini di tasca propria, mediante il c.d. *out of pocket*, che nel 2023 ha raggiunto la cifra complessiva di 40 miliardi¹⁷, ovvero l'equivalente dell'aumento di due punti percentuali della spesa sanitaria sul PIL. Osserva, infatti, Zamagni che un Euro su quattro della spesa sanitaria in Italia è sostenuto direttamente dai cittadini, mentre in Germania l'incidenza del c.d. *out of pocket* è pari al 13,5 per cento, e in Francia il 15,2 per cento.

Per garantire un livello di finanziamento del SSN adeguato, pertanto, lo Stato dovrebbe decisamente incrementare le risorse destinate alla spesa sanitaria, ma non solo.

Come garantire che le risorse pubbliche siano effettivamente spese per garantire le cure in modo universalistico?

Il nostro Sistema Sanitario, fin qui, pare dunque aver compiuto il volo di Icaro, sovrastimando le proprie capacità e al contempo sottovalutando i rischi connessi, *in primis*, con l'aumento dei costi di un modello universalistico.

Che cosa rimane, dunque, delle intuizioni e delle virtù di quel "pensiero forte" espresso dall'Assemblea costituente e racchiuso nell'attuale scrigno rappresentato dall'art. 32 Cost.?

Gli Autori delineano molteplici argomenti per strutturare la loro proposta di un rinnovato "pensiero forte", per consentire al nostro Sistema Sanitario Nazionale di "volare alto", invertendo la sorte di Icaro.

§ 3. – *Nuove ali per il Sistema Sanitario: il principio della spesa costituzionalmente necessaria, l'autonomia "generativa", la solidarietà in vista dell'utilità sociale, il welfare abilitante*

Antonini, innanzitutto, ricostruisce il percorso compiuto di recente dalla giurisprudenza costituzionale intorno al concetto di 'spesa costituzionalmente necessaria', come la prima e più significativa "reazione" della Corte costituzionale per la tutela del diritto alla salute¹⁸. Rispetto al rapporto fra spesa necessaria al finanziamento di diritti fondamentali, come quello alla salute, e vincoli di bilancio, la Corte costituzionale ha chiarito che non è l'equilibrio di bilancio a condizionare la doverosa erogazione dei diritti incompressibili, ma è al contrario la garanzia di questi a incidere sul bilancio¹⁹. Quando ci si trovi di fronte a spese costituzionalmente

¹⁷ Cfr. ancora GIMBE, 7° Rapporto, cit., 37 ss.

¹⁸ PS, 43 ss.

¹⁹ Cfr., al riguardo, la sent. n. 275 del 2016, su cui, *ex multis*, si vedano almeno: L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "inviolabili" alla discrezionalità del legislatore*, in *Giur. cost.*, n. 6/2016, 2339 ss.; A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, *ivi*, 2343 ss.; A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista AIC*, n. 4/2017, 1-21; I. CIOLLI, *I diritti sociali "condizionati" di fronte alla Corte costituzionale*, in *Rivista Giuridica del Lavoro e della Previdenza Sociale*, n. 3/2017, II, 353 ss.; G. BOGGERO, *La garanzia costituzionale della connessione adeguata tra funzioni e risorse. Un "mite" tentativo di quadratura del cerchio tra bilancio,*

necessarie, il principio dell'equilibrio di bilancio «recede» e il legislatore, eventualmente, dovrà intervenire in riduzione di altre spese «che non rivestono il medesimo carattere di priorità»²⁰.

Da questa premessa, la giurisprudenza costituzionale ha sviluppato progressivamente il principio della spesa costituzionalmente necessaria, come parametro idoneo a sindacare il bilanciamento compiuto dal legislatore statale o regionale nell'allocazione delle risorse. Il Giudice delle leggi, ad esempio, proprio nella decisione appena richiamata relativa al patrocinio a spese dello Stato per i non abbienti, ha affermato che il margine di discrezionalità del legislatore è «naturalmente ridotto» quando sono in gioco «il pieno sviluppo della persona umana» (art. 3, comma 2, Cost.) e «l'intero impianto dell'inviolabile diritto al processo di cui ai primi due commi dell'art. 24 Cost. [...] poiché si tratta comunque "di spese costituzionalmente necessarie", anch'esse inerenti, in senso lato, "all'erogazione di prestazioni sociali incomprimibili [...]" (sent. n. 152 del 2020)»²¹.

Posto che le risorse finanziarie non sono illimitate, la loro distribuzione deve seguire un "ordine costituzionale", che vede nella tutela dei diritti fondamentali – tanto civili quanto sociali – la stella polare che deve orientare la discrezionalità del legislatore nell'amministrazione della cosa pubblica.

Questo orientamento è stato di recente ribadito dalla Corte a proposito della declaratoria di non fondatezza, fra l'altro, di una questione di legittimità costituzionale avente a oggetto una norma statale che prevedeva che il riparto del contributo regionale alla finanza pubblica fosse calcolato in proporzione agli impegni di spesa assunti da ciascuna Regione nell'ultimo rendiconto approvato, al netto però di quelle relative ai diritti sociali, politiche sociali e famiglia, nonché alla tutela della salute²². Il Giu-

diritti e autonomie, in *Rivista AIC*, n. 4/2019, 339 ss.; M. MASSA, *Corte costituzionale e giustiziabilità dell'equilibrio di bilancio: dal principio alle regole (e ritorno)*, in *Osservatorio sulle fonti*.it, n. 3/2019, 1-45; M. LUCIANI, *Avvisi ai naviganti del Mar pandemico*, in *Quest. giustizia*, n. 2/2020, 6; C. SALAZAR, *Sui diritti sociali e il principio di solidarietà*, in *Rivista AIC*, n. 1/2024, 188 ss.

²⁰ Così la sent. n. 10 del 2022, punto 9.2. del *Cons. in dir.*, con la quale il Giudice delle leggi ha dichiarato l'illegittimità della norma che non riconosceva il patrocinio a spese dello Stato per i non abbienti, nei procedimenti di mediazione obbligatoria conclusi con successo. Paradigmatica in tema, oltre alla richiamata sent. n. 275 del 2016, anche la sent. n. 169 del 2017, in cui la Corte ha precisato che il catalogo costituzionale impone delle priorità di spesa in relazione all'impiego delle risorse pubbliche, ammonendo le Regioni «all'individuazione di metodologie parametriche in grado di separare il fabbisogno finanziario destinato a spese incomprimibili da quello afferente ad altri servizi sanitari suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria».

²¹ Cfr. la citata sent. n. 10 del 2022, ancora punto 9.2 del *Cons. in dir.*, su cui, anche per una valutazione complessiva del filone giurisprudenziale in parola, si v. A. BUSCEMA, *Il principio del pareggio di bilancio a dieci anni dalla riforma costituzionale del 2012*, in *Riv. Corte conti*, n. 2/2022, 1-4.

²² Cfr. la sent. n. 195 del 2024, punto 4.1.1. del *Cons. in dir.*, nel giudizio sollevato dalla Regione Campania sull'art. 1, comma 527, della legge n. 213 del 2023 (legge di bilancio per il 2024). Su questo, sia consentito un rinvio a M. BERGO, *E pur si muove ... ma come? Le sfide al diritto costituzionale della nuova governance economica europea e della contabilità accrual*, in *Bilancio Comunità, Persona*, n. 2/2024, 82-103.

dice delle leggi in questa importante pronuncia ha chiarito che questo criterio introdotto dal legislatore statale è senz'altro degno di pregio, poiché attribuisce «alle spese destinate a fornire prestazioni inerenti ai diritti sociali, alle politiche sociali e alla famiglia, nonché alla tutela della salute [...] una preferenza qualitativa, idonea a distinguerle da quelle rilevanti ai fini del riparto del contributo»²³.

Accanto al principio della spesa costituzionalmente necessaria, Antonini osserva come la Corte costituzionale abbia in questi anni consegnato ulteriori strumenti di supporto alla gestione delle crisi del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Il riferimento è alla sent. n. 112 del 2023, che si è pronunciata su una legge veneta finalizzata a fronteggiare la carenza di medici in deroga ai principi fondamentali stabiliti nella legislazione statale²⁴. La Corte ha riconosciuto che in questo caso il legislatore regionale aveva inteso approntare un rimedio organizzativo straordinario, volto a garantire la continuità assistenziale in un settore nevralgico, come quello della medicina di emergenza, altrimenti pregiudicato dalla carenza di personale sanitario (in senso analogo sono richiamate anche le sentt. n. 36 del 2022 e n. 125 del 2023).

Di rilievo è altresì l'accento posto sulla possibilità che tutti gli attori intervenienti nel processo assicurativo del diritto alla salute assumano posizioni di forte responsabilità e relazionalità. In particolare, la Corte costituzionale, intervenendo sul caso emblematico del commissariamento della sanità calabrese, ha osservato che «il riconoscimento delle autonomie territoriali è in “prospettiva generativa”, e quindi occorre dare la prova concreta della realizzazione di determinati interessi essenziali, la cui tutela spetta allo Stato quale “garante di ultima istanza” e che, in quanto tale, è chiamato a intervenire con il suo potere sostitutivo in presenza di gravi inefficienze a livello regionale»²⁵. Il potere sostitutivo statale previsto dall'art. 120 Cost. deve dunque rivelarsi “utile”, ossia deve, in altri termini, prevedere una prevalente sostituzione della struttura inefficiente con personale altamente qualificato, statale o comunque non dipendente dalla stessa Regione, in modo da evitare anche ogni possibile condizionamento ambientale.

Un ulteriore aspetto che non può mancare in un Sistema Sanitario universalistico è la solidarietà in vista dell'utilità sociale. Nel ricordare i contenuti della sent. n. 139 del 2024, che è intervenuta sulla complessa vicenda del c.d. “*payback* sanitario”, Antonini mette in evidenza come la Corte abbia chiarito come la norma che richiedeva alle imprese fornitrici di dispositivi medici di contribuire parzialmente al ripiano dello sfioramento del tetto di spesa sanitaria regionale non fosse irragionevole. Secondo il Giudice delle leggi, infatti, tale meccanismo ha posto a carico delle imprese, in un determinato arco temporale, un contributo solidari-

²³ *Ibidem.*

²⁴ *PS*, 54-55.

²⁵ *PS*, 58-59.

stico correlabile a ragioni di utilità sociale, al fine di assicurare la dotazione di dispositivi medici necessaria alla tutela della salute in una situazione economico-finanziaria di grave difficoltà²⁶.

Il principio solidaristico in vista dell'utilità sociale è sviluppato ulteriormente nei capitoli successivi da Zamagni, a partire dalla definizione di "welfare abilitante".

Con l'approccio metodologico che caratterizza lo studioso rigoroso, Zamagni sottopone le proprie tesi di partenza ad analisi critica, così – da un lato – verificando le ragioni di fondo poste a sostegno dell'universalismo e – dall'altro – indagando le cause che contribuiscono a determinare l'aumento dei costi della sanità.

Quanto all'universalismo, Zamagni riprende il pensiero di Buchanan²⁷ e dimostra che una democrazia stabile può sopravvivere solo se i suoi programmi di *welfare* si ispirano a principi di "generalità", cioè di universalità, mentre programmi di *welfare* che discriminano fra gruppi sociali, sottoponendo i cittadini alla cosiddetta prova dei mezzi, finiscono per frammentare la società, erodendo quel patto di solidarietà che è il cemento di una democrazia stabile²⁸.

Non a caso, ricorda l'Autore, l'ideatore del primo grande sistema di *welfare state*, Lord Beveridge, aveva già rappresentato che l'adozione di «*universal schemes*» doveva servire alla «*solidarity and unity of the nation*», dal momento che «*misery generates hate*», e quindi guerra civile. È dunque con la guerra – la *people's war* – che alle ragioni in termini di libertà dal bisogno se ne affianca una nuova, quella dell'eguaglianza della cittadinanza sociale²⁹.

Se l'universalismo del Sistema Sanitario è la variabile indipendente dell'equazione di Zamagni, ossia se esso non è negoziabile, a pena di rinunciare alla pacifica convivenza civile e alla solidità del tessuto sociale, occorre a questo punto indagare le implicazioni che derivano dall'accettazione della salute come un diritto di tutti.

Richiamando le intuizioni di Sen³⁰, l'Autore riconosce che l'universalismo delle cure dipende anzitutto – sia pure non esclusivamente – dalla sanità e dunque da scelte di natura politica. In altri termini, riconoscere che la salute è un diritto umano fondamentale pone precisi impegni in capo alla politica³¹.

Naturalmente, una volta accolta questa posizione, occorre stabilire quale etica dovrebbe regolare – nel senso di fissare regole ben definite – il

²⁶ PS, 66-67.

²⁷ J.M. BUCHANAN, *La crisi delle democrazie del «welfare»*, in M. ARCELLI (a cura di), *Globalizzazione del mercato e orizzonti del capitalismo*, Roma-Bari, Laterza, 1997.

²⁸ PS, 84.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ A.K. SEN, *Why and how is health a human right?*, in *The Lancet*, Vol. 372, Issue 9655, 2010, Dec. 13, 2008.

³¹ PS, 86.

diritto alla salute. E ciò per la fondamentale ragione che non una, ma tante sono le matrici etiche cui fare riferimento.

Riecheggiando Sen, se la libertà corrisponde alla capacità di esercitare una funzione³², allora anche l'idea universalistica della salute deve tradursi in un sistema di *welfare* "abilitante", ossia essere regolato da un'etica in grado di liberare le risorse della società.

La nostra società si caratterizza, osserva Zamagni, da un'età media elevata, e in tendenziale aumento, grazie ai progressi della scienza e della tecnica. A questo dato si deve sommare il fattore demografico, che consiste nel calo delle nascite e quindi nell'aumento di popolazione anziana rispetto a quella giovane, per l'incremento dell'aspettativa media di vita. Sono tutti elementi che concorrono ad aumentare il costo delle prestazioni sanitarie, unitamente a quanto dimostrato dalla legge di Engel sull'interrelazione fra aumento del reddito e aumento del bene salute. In altri termini, all'aumento del reddito, una persona è portata a spendere di più per beni salute ai quali prima non poteva accedere³³.

Alla luce di quanto osservato, Zamagni nota che l'aumento della spesa sanitaria non è determinato tanto e solo dall'aumento dell'aspettativa di vita, quanto piuttosto dall'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute. Quello che chiama aumento della «*health expectancy*»³⁴ impone un cambio di paradigma da veicolare mediante un vero e proprio mutamento culturale rispetto all'invecchiamento, definito «*silver economy*». Dal momento che le persone *senior* sono in grado di svolgere compiti e mansioni significative entro la società, occorre che queste siano coinvolte e responsabilizzate anche sul versante delle opportunità. Richiamando lo slogan coniato di recente dall'OCSE «*live longer, work longer*», l'Autore propone di dare vita a politiche di *age management* per consentire anche ai *seniores* di operare attivamente, nello specifico prevedendo l'istituzione di un ente nazionale con compiti analoghi a quelli del *National Institute of Aging* (NIA), già in funzione in altri Paesi, che individui misure di flessibilità, conciliazione dei tempi di vita e lavoro, miglioramenti effettivi delle condizioni di lavoro. Di assoluta attualità in questa prospettiva è quanto Cicerone già scriveva nel suo *De Senectute*: «I vecchi allorché divengono meno capaci di azioni fisiche devono raddoppiare [sic!] la loro attività intellettuale e la loro principale occupazione dovrebbe essere quella di assistere i giovani, gli amici e soprattutto il loro Paese con la loro saggezza e sagacia». *Live longer, think longer*.

Zamagni chiosa brillantemente questi versi osservando che «negare all'anziano la possibilità di reciprocare la solidarietà che riceve significa sottrargli la felicità, perché veramente felice è chi scopre che c'è un altro che ha bisogno di lui»³⁵.

³² A.K. SEN, *Lo sviluppo è libertà*, Milano, Mondadori, 2020.

³³ PS, 94.

³⁴ PS, 98.

³⁵ PS, 100.

L'Autore segnala in proposito un recente intervento normativo che sembra recepire e attuare l'idea del coinvolgimento attivo degli anziani, in quanto soggetti ancora in grado di «reciprocare la solidarietà»³⁶ che ricevono. Il riferimento è al c.d. “Decreto anziani” del 15 marzo 2024³⁷, che introduce misure in materia di alfabetizzazione informatica e facilitazione digitale agli *over* 65. Per l'attuazione pratica di questa misura Zamagni propone il coinvolgimento del Terzo settore, ritenuto senz'altro in grado di fornire il proprio apporto «determinante»³⁸.

§ 4. – La “sussidiarietà circolare” come volano per il nuovo modello di sanità

Proprio a quest'ultimo spunto si collega la nota dominante della parte finale del volume, rappresentata dalla ricostruzione delle diverse modalità di implementazione di un nuovo paradigma riconducibile al principio di “sussidiarietà circolare” fondato sulla «reciprocità tra fornitori e fruitori dei servizi sanitari»³⁹ e, in questa ottica, del ruolo chiave che potrebbe essere ricoperto dai soggetti del Terzo settore come soluzione non solo all'esigenza di garantire servizi sanitari in modo universalistico, ma anche alla finalità di contenere i costi a carico dei bilanci pubblici.

Coinvolgere il privato *non profit*, ossia i soggetti del Terzo settore nell'erogazione di prestazioni sanitarie, significa passare dal modello bipolare basato sul rapporto pubblico-privato, al modello tripolare costituito da pubblico, privato e società civile. In proposito, se la legge di riforma del Terzo settore ha fatto molto, ancora molto rimane da fare, specie per quanto riguarda il coinvolgimento della società civile nella fase di programmazione e non solo in quella dell'erogazione.

Se da un lato è inevitabile che occorra mantenere – e in alcune aree effettivamente strutturare *ex novo* – un Sistema Sanitario efficace ed efficiente, cercando di massimizzare l'offerta di prestazioni sanitarie compatibilmente con le risorse di bilancio disponibili, al contempo l'analisi condotta ha dimostrato come sia inevitabile un aumento dei costi tendenziale che dovrà comunque essere affrontato, pure dal più efficiente dei sistemi.

³⁶ PS, 100.

³⁷ D. lgs. 15 marzo 2024, n. 29 (*Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33*).

³⁸ PS, 101.

³⁹ Secondo l'A. (cfr. PS, 15-16), «alla declinazione orizzontale della sussidiarietà, secondo cui “non faccia lo Stato ciò che meglio può fare la società civile”, va aggiunta un'altra declinazione: “non faccia il contratto (cioè lo scambio di equivalenti) ciò che meglio può fare la reciprocità”». Sono richiamati, in proposito, S. ZAMAGNI, *Terzo settore e pubblica amministrazione: le ragioni di una alleanza per una società in trasformazione*, in *Diritto ed economia del terzo settore*, n. 1/2024, 43-66, nonché V. GIANTIN, G. GUANDALINI, *Cura e reciprocità. Molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura*, IL, Bologna, il Mulino, 2024.

A questo fine Zamagni propone l'idea del «distretto sanitario»⁴⁰, in senso analogo a quanto avviene nei distretti industriali, e di considerare quindi l'insieme delle attività connesse alla cura della salute come una lunga catena, nella quale l'ospedale occupa l'anello centrale.

A monte dell'ospedale si dovrebbero collocare tutte le imprese e organizzazioni produttive che si occupano dei vari comparti (biomedicale, farmaceutico, telemedicina, farmacogenia). A valle dell'ospedale dovrebbero collocarsi i consumatori dei servizi sanitari, le reti di famiglie dalle quali dipendono forme di protezione della salute non meno importanti dei presidi sanitari stessi. Le reti che si creerebbero a livello di comparti, a monte dell'ospedale, e a livello di destinatari, a valle, dovrebbero essere in grado di generare uno *spill over* di risorse, aggiuntive rispetto a quelle provenienti dalla fiscalità generale, ma non meno importanti.

Il modello teorico di riferimento per Zamagni in questo caso è offerto da uno studio di due economisti (Di Tommaso e Schweitzer⁴¹), i quali distinguono il tradizionale *health model* dall'*health industry model*. Il primo modello è strutturato pensando alla salute come unico *output* che viene prodotto dai servizi sanitari (*input*). Il secondo modello, invece, considera che il settore sanitario, unitamente alla salute, genera una serie di "esternalità positive" che avvantaggiano la lunga serie di imprese che operano nei vari settori della sanità.

Gli Autori sono chiari. Come già ricordato dalla Corte costituzionale in occasione della richiamata sentenza sul *payback* dei dispositivi medici: tutti coloro che traggono vantaggio, in una forma o nell'altra, da quanto la sanità produce, sono tenuti a concorrere ai suoi costi, secondo ben specifiche modalità e nel rispetto del principio di proporzionalità⁴², conformemente all'adagio latino *cuius commoda eius et incommoda*. Si tratta di coinvolgere l'insieme delle istituzioni pubbliche e delle imprese private nella realizzazione di progetti tecnologici e innovativi.

La solidarietà in vista del bene comune dovrebbe altresì portare a un superamento del sistema dei brevetti in sanità (facendo eco a quanto sostenuto anche da Mario Draghi al recente *summit* del G20 a Roma nel 2024), diffondendo un modello di c.d. "scienza aperta" il cui obiettivo è la protezione delle vite umane e non il conseguimento di profitti, sulla base di quanto già avviene con il *Global Influenza Surveillance and Response System*, sotto il raggio d'azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, al fine di garantire la vaccinazione stagionale contro l'influenza. Si tratta di una rete alla quale aderiscono numerose istituzioni pubbliche e fondazioni di ricerca *non-profit*, con 110 Paesi aderenti che si riuniscono

⁴⁰ PS, 103.

⁴¹ M.R. DI TOMMASO, S.O. SCHWEITZER, *Health Policy and High-Tech Industrial Development*, London, Edward Elgar Publishing, n. 3353, 2005.

⁴² PS, 104.

no due volte l'anno per analizzare e discutere i dati più recenti sui nuovi ceppi influenzali, in vista dei nuovi vaccini.

Finisce sotto la lente di Zamagni anche la modalità con cui i governi e le imprese farmaceutiche si accordano per la fornitura di farmaci e vaccini. Il fatto che i negoziati e le trattative siano tenuti segreti impedisce ai cittadini di conoscere le componenti del prezzo finale: quanta parte è dovuta al costo delle materie prime, quanta parte è legata alle spese di produzione, quanta parte è profitto. Si tratta di una dinamica indubbiamente fallace sotto il profilo del principio democratico, poiché le risorse che finanziano la ricerca sono in buona parte pubbliche, ossia il gettito fiscale versato dai cittadini, ai quali viene negata la doverosa trasparenza e la conoscibilità delle scelte sull'utilizzo di tali risorse⁴³.

Finisce sotto accusa il sistema monopolistico che governa la produzione dei vaccini e dei farmaci salvavita a livello mondiale, e viene proposto un modello alternativo in grado di generare maggiore valore sociale, fondato sull'idea di gratuità. Sono molti, d'altra parte, gli scienziati premi Nobel che hanno affermato e dimostrato che il monopolio intellettuale impedisce l'innovazione e il progresso. L'esempio è il caso del vaccino anti-polio, finanziato grazie al sostegno della Fondazione Roosevelt e di centinaia di migliaia di donatori che diedero vita a una delle prime campagne di *crowdfunding* della storia⁴⁴. Il reddito prodotto da monopolio, invece, non è un profitto ma una «rendita parassitaria in senso tecnico»⁴⁵, afferma lapidario Zamagni. Sui beni comuni (come, per l'appunto, deve essere considerata la salute), infatti, grava un vincolo di funzione collettiva, che con il profitto della proprietà cede spazio alla comunanza del beneficio.

Secondo l'Autore, dunque, l'origine dei più gravi malfunzionamenti economici della nostra epoca è il *rent seeking*⁴⁶, ossia la ricerca del falso profitto, quello che deriva dalla non applicazione del principio del costo pieno che prende in considerazione le esternalità – sia sociali che ecologiche – generate dalla produzione. La scoperta di un vaccino, infatti, è frutto della collaborazione tra scienziati al lavoro nell'industria e scienziati attivi nei dipartimenti universitari, nei centri di ricerca finanziati anche con il contributo a fondo perduto dei Governi.

Zamagni ricorda che diversi studi hanno dimostrato che la maggioranza dei ricercatori è mossa da motivazioni intrinseche *in primis*, quali il perseguimento del bene comune e la propria fioritura umana.

Occorre pertanto che la politica proceda al più presto a compiere una riflessione sistematica, che dia vita a un patto di solidarietà per la salute, che superi l'attuale stallo. Lo star bene delle persone, infatti, dipende non solo dall'efficacia e dall'appropriatezza delle cure sanita-

⁴³ PS, 111.

⁴⁴ PS, 112.

⁴⁵ PS, 113.

⁴⁶ PS, 113.

rie, ma anche dalla qualità delle relazioni interpersonali. Riecheggiano le riflessioni di Bauman⁴⁷ quando, muovendo dalla critica alla società globale e alla logica del consumismo, sostiene la necessità di ripartire dalla centralità della persona intesa come essere relazionale⁴⁸, poiché al cuore della relazione ontologica dell'umano (l'essere *con* gli altri) non vi sarebbe il relativismo soggettivo, ma la radice stessa della morale.

Il principio relazionale dovrebbe innovare anche il modello stesso in cui sono organizzate le strutture sanitarie, in particolare il rapporto tra dirigente sanitario e medico. Occorre, secondo Zamagni, trattare in modo simmetrico quello che si caratterizza per rapporto asimmetrico, dovuto alla «fondamentale asimmetria di poteri tra medico e direttore generale»⁴⁹.

Altrettanto dicasi per il rapporto medico-malato, che dovrebbe essere ispirato non da un modello paternalistico, ma relazionale e responsabilizzante, sulla premessa di una simmetria di bisogni⁵⁰: da un lato il bisogno di essere sostenuti (proprio del malato) e dall'altro quello di sostenere (del medico).

Il pensiero forte di Zamagni abbraccia anche la responsabilità del singolo ad adottare stili di vita sani, e all'importanza di intervenire sulle determinanti sociali della 'salute', che richiede un approccio olistico, che abbandoni il modo di agire settoriale⁵¹. L'Autore non a caso sottolinea che nella lingua latina il termine salute era inteso sia come *salus* (indicante la salvezza del corpo e dell'anima) che come *valetudo* (indicante il solo benessere fisico) e che la prima era l'accezione prevalente fino a tutto il XVI secolo. È stata la rivoluzione scientifica a introdurre e veicolare la concezione cartesiana secondo cui esiste la malattia e non l'ammalato⁵². Oggi, sostiene Zamagni, occorre tornare a pensare alla salute come *salus* e, a questo fine, occorre de-burocratizzare la sanità, ossia diffondere fra le persone un'antropologia positiva, dove l'uomo torni ad essere considerato un ente pensante e responsabile, non un automa da ridurre all'obbedienza meccanica, da un modello burocratizzato⁵³.

⁴⁷ Z. BAUMAN, *Modernità liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2000. Secondo l'A., l'umanità si trasforma in crudeltà quando subentra la rinuncia ad aprirsi, a protendersi verso l'altro (essere per l'altro = conoscere l'altro).

⁴⁸ Cfr. E. LÉVINAS, *Totalità e infinito. Saggio sull'esteriorità*, Milano, Jaca Book, 2023, il quale evidenzia la necessità di ripartire dall'incontro con il volto dell'altro. Così, similmente, cfr. anche M. BUBER, *Il principio dialogico e altri saggi*, Cinisello Balsamo, San Paolo, 1993, il quale sostiene che il colloquio «significa sostanzialmente nello stare l'uno di fronte all'altro e attraverso la parola agire il cambiamento».

⁴⁹ PS, 121.

⁵⁰ PS, 124.

⁵¹ PS, 107.

⁵² PS, 11.

⁵³ PS, 134.

§ 5. – Solo un *summing up* in luogo delle conclusioni

Con una scelta assai significativa, all'esito delle riflessioni svolte gli Autori evitano espressamente di formulare delle "conclusioni", preferendo piuttosto limitarsi a un *summing up* con il quale consegnare al lettore le teste di capitolo di una sorta di "manuale delle istruzioni" per dare vita a un nuovo modello sanitario che sia in grado effettivamente di rispondere alla domanda di salute della popolazione, ossia – evocando la loro stessa metafora – «per dare ali ad un nuovo SSN in grado di aggredire la povertà sanitaria»⁵⁴.

Anzitutto, occorre riportare in equilibrio la medicina dei presidi ospedalieri e quella del territorio, mediante un adeguamento delle strutture intermedie di cura, dei centri di prossimità, delle RSA, che sono stati negli ultimi trent'anni sacrificati in favore dell'approccio "ospedalocentrico", in cui «si è potuta affermare la cosiddetta "supremazia delle acuzie", relegando in secondo piano le malattie croniche e le non autosufficienze»⁵⁵.

Un secondo intervento urgente è individuato nell'esigenza di deburocratizzare il Sistema Sanitario, e precisamente: rimuovere gli steccati fra reparti e specialità; introdurre maggiore flessibilità fra specifiche attività, in modo da rispondere più efficacemente ai bisogni; implementare la modularità dei reparti; infine, trovare il difficile punto di equilibrio fra centro e periferia, tra gestione statale e regionale, nella consapevolezza della persistenza dei divari territoriali.

Il terzo snodo cruciale della nuova sanità è costituito dalla *health tech*, definita la stella nascente nel cielo delle nuove tecnologie del digitale, che darà vita alla *data based medicine*, in sostituzione della *evidence based medicine*.

Il punto di approdo auspicato, in definitiva e come ribadiscono gli Autori richiamando il "fabbisogno di pensiero" che ha ispirato il saggio a partire dal suo titolo, è quello di garantire una «sanità umanistica» mediante una vera e propria *trasformazione* – e non una semplice (ed ennesima) *riforma* – dell'«impianto concettuale» del nostro Sistema Sanitario Nazionale, mutando radicalmente il paradigma culturale attuale fondato sulle due principali matrici etiche contemporanee (quella utilitarista e quella contrattualista) e provando a confidare nel "salutare" recupero in chiave moderna dell'etica aristotelica delle virtù⁵⁶.

⁵⁴ PS, 162.

⁵⁵ PS, 163.

⁵⁶ PS, 166-167.

Abstract

In *Pensare la sanità*, Luca Antonini and Stefano Zamagni offer a profound critique and an active proposal for Italy's National Health Service (SSN). Drawing attention to the warning signs – such as regional disparities, wait-time issues, and growing socio-economic health inequities – the authors argue that the SSN faces a potential “perfect storm” of crises. The book emphasizes the urgent need for a paradigm shift grounded in a humanistic rethinking of healthcare. It insists on considering health not merely as technical service delivery but as part of a social and ethical system rooted in constitutional and universalist principles. Antonini and Zamagni outline a set of prioritized “therapies”, feasible through political and professional consensus. These include reforming medical liability to protect clinicians and reduce defensive medicine; reaffirming universal access and equity, countering trends toward “Americanized” private healthcare; reinvigorating the foundational constitutional and historical values underpinning the SSN; promoting a “medicine of relationship” rooted in personalist ethics rather than utilitarianism. By diagnosing institutional and intellectual stagnation, the authors call for a robust and shared vision – an antidote to what they term “intellectual laziness” – to rescue Italy's public healthcare system before it collapses into fragmentation. Ultimately, *Pensare la sanità* is both a diagnosis and a mobilizing manifesto: reaffirming that Italy's health system can be saved, but only by grounding reforms in deep cultural, ethical, and constitutional foundations, and by acting with solidarity.

Saggi

- CORRADO CARUSO, *Le funzioni politiche della giustizia costituzionale*
ENRICO DICIOTTI, *Assunti e implicazioni di una teoria sulle attività creative dei giudici.*
In risposta ad alcune critiche di Gaetano Carlizzi
FRANCESCO RIMOLI, *Neoliberalismo, infosfera, società della prestazione:*
i rischi di una democrazia accelerata
EMANUELE ROSSI, *La compatibilità tra le funzioni di parlamentare e di componente del Governo*
e i suoi riflessi sul funzionamento delle Camere

Materiali

- MARIO JORI, *Scarpelli filosofo*
ERIC MILLARD, *Eisenmann reconstruteur de la théorie constitutionnelle de Montesquieu*
CHARLES EISENMANN, *La Pensée Constitutionnelle de Montesquieu*
FEDERICO PEDRINI, *Colloquio sull'Ermeneutica II. L'ermeneutica giuridica tra diritto e giustizia.*
Intervista al Prof. Gaetano Chiurazzi (Torino, luglio 2025)

Interventi, Note e Discussioni

- SERGIO BARTOLE, *Per gli 80 anni di Gustavo Zagrebelsky. Riflessioni intorno a Il diritto mite*
MARTA CAREDDA, *I provvedimenti disciplinari del C.S.M., tra discrezionalità e riserva di legge*
GIUSEPPE DE VERGOTTINI, *Giustizia costituzionale e diritti umani*
MICHELE MASSA, *Separazione dei poteri e discrezionalità dei giudici nel pensiero*
di Gaetano Silvestri
ANDREA MORRONE, *La "riforma della giustizia" del Governo Meloni: un ibrido "senza decisione"*

Cronache extravaganti

- ALIS VIGNUDELLI, *Guido Alpa, amico di longue durée*
RENATO BALDUZZI, *I tanti Guido Alpa...*
MARCELLO BASILICO, *In ricordo del Professore*
ALBERTO MARIA BENEDETTI, *Guido Alpa e l'esperienza genovese*
SERGIO MARIA CARBONE, *Guido, giurista e uomo unico*
ANDREA D'ANGELO, *Guido Alpa, breviario di un'amicizia*
GIUSEPPE FRANCO FERRARI, *Un'amicizia in viaggio*
MAURO GRONDONA, *Guido Alpa, ovvero della mitezza metodologica*
GIUSEPPE MORBIDELLI, *Frammenti di un dizionario di ricordanze (giuridiche e non)*
VINCENZO ROPPO, *Guido Alpa: mitezza e forza*
ALESSANDRO SOMMA, *Con Guido Alpa da Genova a Roma passando per la Germania*

Maestri del Novecento

- VINCENZO FERRARI e VALERIO POCAR, *Renato Treves e la sua eredità, nel dialogo tra gli allievi*
ANGELO PANEBIANCO, *Matteucci e il liberalismo in trasformazione*

Nel cortile del banano

Recensioni

- MONICA BERGO, *I pensieri e le ali del diritto fondamentale alla salute*
LUCA VESPIGNANI, *Laicità ieri, oggi e domani*

Schede bibliografiche