

Italia e Spagna: sistemi sanitari a confronto

ABSTRACT

I sistemi sanitari italiano e spagnolo condividono da anni una posizione di prestigio nelle classifiche mondiali. Non sembra essere un caso, visto che hanno seguito un percorso evolutivo simile passando dal modello bismarkiano al modello beveridge, da un'impostazione centralizzata alla decentralizzazione e alla informatizzazione quale strumento di uniformazione del servizio. La sostenibilità di entrambi i sistemi nazionali pubblico è stata perseguita con l'utilizzo di strumenti simili, quali il ticket. L'analisi segue il percorso evolutivo, soffermandosi nel confronto tra Italia e Spagna sui loro limiti e le attuali tendenze.

For many years that Italian and Spanish Health Systems have been ranking high among others in the world. This is no coincidence as they both evolved from the Bismark into the Beveridge model, adopted a decentralised organization and used information technology to standardised the service across the country. Furthermore, they introduced similar methods, such as the voucher, to make the national systems financially sustainable. The analysis aims to describe the evolution of both the Italian and Spanish systems, comparing their limits and current trends.

Sommario: 1.- *Introduzione.* 2.- *Il sistema sanitario italiano.* 3.- *Il sistema sanitario spagnolo.* 4.- *L'aziendalizzazione del sistema sanitario pubblico.* 5.- *L'impatto della crisi del 2008.* 5.1.- *I rimedi spagnoli alla crisi.* 5.1.1.- *Il copago.* 5.1.2.- *La Cartera de Servicios Comunes.* 5.2.- *I rimedi italiani alla crisi.* 5.2.1. *Il ticket.* 5.2.2. *I Livelli Essenziali di Assistenza.* 6.- *Gli effetti della crisi.* 6.1.- *In Italia.* 6.2.- *In Spagna.* 7.- *Le nuove frontiere: l'informatizzazione nei servizi sanitari pubblici.* 8.- *Conclusioni.*

1.- Introduzione.

Dal rapporto Osservasalute 2016 dell'Istituto Superiore di Sanità emerge come oggi sia “peggio nascere in alcune regioni del Sud Italia, che in paesi come la Tunisia”¹. Un'affermazione che fa riflettere soprattutto se confrontata con il rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2000² che poneva l'Italia al secondo posto, dopo la Francia e prima della Spagna, nel ranking dei sistemi sanitari a livello mondiale, mentre secondo Bloomberg, che stila classifiche sul tema della

¹ Questo il commento del presidente dell'ISS, Walter Ricciardi, alla presentazione del rapporto Osservasalute 2016 presso il Policlinico Gemelli di Roma il 10 aprile 2017.

² Si tratta di un'analisi valutativa dell'efficienza dei sistemi sanitari condotta a livello globale seguendo cinque criteri. La classifica così ottenuta è stata la prima e l'ultima di tal genere. Le critiche sollevate dalla sua pubblicazione hanno, infatti, indotto l'OMS ad evitare, nei rapporti annuali successivi, di tradurre i dati in una classifica. Il « Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant » è disponibile in lingua francese all'indirizzo:<http://www.who.int/whr/2000/fr/>

salute dal 2012, l'Italia è quest'anno al primo posto con la popolazione più sana del mondo³, seguita tra i paesi europei dalla Spagna al sesto posto.

Viste nel lungo periodo (e senza l'analisi comparata per regioni, che fa luce su disuguaglianze "inaccettabili"⁴), Spagna e Italia risultano essere dunque tra i paesi europei con i sistemi sanitari più efficienti e la popolazione più sana⁵.

Di seguito si tenterà perciò di contribuire alla riflessione, che altri con più strumenti e più ampia prospettiva faranno, circa le ragioni del successo dei sistemi sanitari italiano e spagnolo, ripercorrendone la storia e comparandone natura, caratteristiche e qualità.

I sistemi sanitari italiano e spagnolo, come anche altri sistemi europei, sono sistemi cc.dd. misti, poiché ispirati ad un modello sanitario che vede la partecipazione dello Stato al suo finanziamento, ma che prevede ugualmente e necessariamente la partecipazione dei privati e dei professionisti per la sua operatività. Il modello è detto misto altresì in ragione della sua vocazione a comporre i principî di due modelli che si pongono reciprocamente agli antipodi: quello liberista e quello socialista. Il modello americano è basato sull'ideologia liberista che privilegia l'assicurazione privata e limita in modo estremo le prestazioni gravanti su fondi pubblici⁶. Il modello socialista attualmente è ancora vigente solo nella Corea del Nord e a Cuba e si basa sulla completa gratuità e perfetta universalità del servizio sanitario⁷.

Gli attuali sistemi sanitari nazionali italiano e spagnolo sono relativamente recenti e sono ispirati – come quelli di Danimarca, Svezia, Finlandia, Irlanda e Portogallo – dal sistema sanitario introdotto per la prima volta nel Regno Unito dalla c.d. Riforma Beveridge del 1947⁸, che ha istituito il

³ Dal 2012 Bloomberg cavalca la moda dei *rankings* anche in materia di sistemi sanitari e salute. Utilizzando gli stessi rapporti annuali dell'OMS, da allora stila annualmente la propria classifica dei sistemi sanitari. Nella classifica 2015, la Spagna si trovava al quarto posto e l'Italia al sesto: <http://www.bloomberg.com/news/articles/2015-11-30/health-care-check-up-whose-system-is-least-efficient>. Dal *Bloomberg Global Health Index* del 20 marzo 2017 risulta invece che l'Italia è il paese con la popolazione più sana: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people>

⁴ Questa è l'espressione usata dal presidente dell'ISS, Ricciardi. Il rapporto Osservasalute 2016 è, infatti, eseguito mettendo a confronto i dati di ciascuna regione italiana.

⁵ Benché la popolazione, soprattutto italiana, ne abbia una percezione diversa: gli spagnoli infatti hanno valutato nel periodo 2012-2015 il loro grado di soddisfazione per l'assistenza sanitaria ricevuta con un punteggio di 7,5 (cfr. A. CODURAS MARTÍNEZ e J. E. DEL LLANO SEÑARÍS, *La sanidad española en cifras 2016*, Madrid, 2017); mentre il rapporto Eurispes del gennaio 2017 segnala che la sanità italiana viene bocciata nel 54,3 % dei casi. Il rapporto può essere consultato all'indirizzo <http://www.eurispes.eu/content/eurispes-rapporto-italia-2017-la-sanit%C3%A0-bocciata-da-met%C3%A0-degli-italiani-oltre-un-terzo-34-ha>

⁶ Ad ogni modo, dalle statistiche risulta che il sistema sanitario statunitense abbia difficoltà a contenere l'aumento delle spese sanitarie pur mantenendo un buon livello d'efficienza in confronto ai risultati dei sistemi di assicurazione sanitaria (il c.d. modello *bismarkiano*) e meno ancora se comparato ai sistemi sanitari a carattere universalista (il c.d. modello *beveridge*). I dati possono essere consultati nel contributo di MORENO FUENTES, *Retos, reformas y futuro del Sistema Nacional de Salud*, in *REAF*, 2013 (18), 241 e 246.

⁷ Cfr. CABO SALVADOR e BELLMONT LERMA, *Sistemas sanitarios y reformas sanitarias. Enfoque hacia la calidad*, in *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*, a cura di CABO SALVADOR, Madrid, 2014, 15.

⁸ Una statistica riguardante la copertura dell'assicurazione sanitaria in Europa negli anni 1930-1939 si trova nell'analisi di LONCÁN, *La difusión internacional de los seguros sociales antes de 1945*, in PONS e RODRÍGUEZ (a cura di), *Los orígenes del Estado del Bienestar en España. 1900-1945*, Saragoza, 2010, 76 ss. Il Regno Unito non è stata la prima

National Health Service (NHS). Il sistema *beveridge* costituisce il modello del c.d. Sistema Sanitario Pubblico (SSP), che si caratterizza per essere costruito su tre pilastri: universalità, uguaglianza e globalità. Il principio di universalità fa sì che le prestazioni sanitarie siano garantite a tutti indifferentemente dalla situazione personale, sociale o economica di ciascuno; inoltre, a parità di bisogno, tutti hanno uguale diritto all'assistenza; infine, avendo come riferimento non la malattia, ma l'individuo nella sua globalità, il sistema sanitario pubblico come sua prerogativa deve assistere l'avente diritto in ogni stadio: dalla prevenzione alla riabilitazione, non solo la cura.

In teoria, dove è adottato, il modello SSP presta assistenza gratuita a tutti i cittadini e a tutti coloro che si trovano sul territorio nazionale al momento del bisogno, senza legame con il mercato del lavoro tanto che la copertura è praticamente estesa alla totalità della popolazione.

Il finanziamento del SSP è garantito dal gettito fiscale ordinario al contrario del modello misto alternativo ad esso, ossia il Sistema Sanitario Obbligatorio (SSO), che viceversa lega direttamente le prestazioni alla contribuzione. Secondo questo modello i cittadini devono sottoscrivere un'assicurazione malattia: i lavoratori e le loro famiglie di norma sono assicurati da un'imposta contributiva che viene trattenuta direttamente dalla busta paga; i professionisti pagano invece un'imposta parametrata al reddito da lavoro autonomo; coloro che sono iscritti alle liste di disoccupazione sono assicurati dallo Stato; mentre tutti gli altri debbono sottoscrivere un'assicurazione privata. Il modello SSO è nato in Germania all'epoca di Bismark e da allora è circolato nel resto di Europa tanto che oggi, oltre a Germania e Francia, lo troviamo con varianti e adattamenti in Austria, Belgio, Grecia, Ungheria, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia e Repubblica Ceca.

2.- Il sistema sanitario italiano.

Originariamente anche il sistema sanitario italiano e spagnolo si ispiravano al modello *bismarkiano*⁹.

In Italia durante il regime fascista nel quadro della politica corporativista, che lo caratterizzava, sono stati introdotti gli enti di previdenza malattia. Si strutturava intorno ad essi il sistema sanitario dell'epoca che, su modello tedesco, garantiva il servizio sanitario solo ai lavoratori e alle loro famiglie. Dopo la seconda guerra mondiale l'abrogazione delle corporazioni e l'entrata in vigore nel

nazione al mondo ad aver introdotto un sistema sanitario a carattere universale: la prima in assoluto è stata la Nuova Zelanda nel 1939.

⁹ Prima della seconda guerra mondiale il modello *bismarkiano* è stato seguito da Belgio (1894), Norvegia (1909), Gran Bretagna (1911), Russia (1912) e Francia (1928). Fuori dell'Europa questo sistema è stato adottato dal Giappone nel 1922 e dal Cile nel 1924: cfr. CABO SALVADOR e BELLMONT LERMA, *Sistemas sanitarios y reformas sanitarias*, cit., 16. Tra i molti studi di comparazione dei sistemi Bismark e Beveridge si rinvia per brevità a CREMER e PESTIEAU, *Social insurance competition between Bismarck and Beveridge*, in *J. Urban Economics*, 54 (2003), 181 ss., e *ivi* ampia bibliografia.

1948 della Costituzione repubblicana hanno gettato le basi di una rivoluzione che ha interessato la nozione stessa di salute e, di conseguenza, la prospettiva di tutela: la salute è stata riconosciuta come diritto fondamentale dell'uomo dall'art. 32 Cost.it.¹⁰ che vi si riferisce sia come diritto individuale sia come interesse collettivo.

Tuttavia, è solo dopo trent'anni, passando per l'istituzione del Ministero della Salute e la riforma degli enti ospedalieri, che il legislatore italiano realizza lo spirito costituzionale di universalità, uguaglianza e generalità e adotta il modello SSP nel dicembre 1978 con la legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)¹¹. Con tale riforma l'Italia ha abbandonato il modello *bismarkiano* e uniformato a livello nazionale il sistema ospedaliero, collegando gli enti sanitari al territorio. L'uniformazione è avvenuta attraverso la creazione di organismi di base, le Unità Sanitarie Locali (USL)¹², distribuiti su 600 distretti. Sebbene il potere di regolazione fosse rimasto centralizzato, la gestione della salute avveniva a livello comunale. Ciò ha permesso, da una parte, il controllo capillare e l'attenzione ai bisogni specifici di ciascuna comunità; dall'altra, politicizzazione e corruzione, che ha avuto come conseguenza l'inefficienza dei servizi e la crescita esponenziale dei costi.

La reazione non si è fatta attendere troppo, scatenata dall'insostenibilità finanziaria di un sistema così ideato: la seconda grande riforma del sistema sanitario italiano ha avuto luogo tra la fine degli Anni Ottanta e la fine degli Anni Novanta per lo più con atti governativi su delega parlamentare¹³. Si è trattato di un arretramento rispetto ai principi fondanti del modello sanitario prescelto, poiché aveva come finalità principale la riduzione della spesa pubblica in materia sanitaria. Questa finalità è stata perseguita con diversi mezzi: in primo luogo, l'introduzione del ticket¹⁴ per i servizi medici su base reddituale e uno sui medicinali per tutti i consumatori con alcune esenzioni, ma senza

¹⁰ Art. 32 Cost.: "(1) La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. (2) Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. (3) La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti al rispetto della persona umana". Per un commento si rinvia a D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, 2a ed., Torino, 2015, e *ivi* bibliografia completa.

La scelta di conferire alla Repubblica e non allo Stato (art. 32, comma 1, Cost. it.) la tutela del diritto alla salute non è privo di senso: diversamente dalla nozione di Stato, quella di Repubblica estende la responsabilità fino a ricomprendere tutti gli enti territoriali, ovvero tutti gli attori del sistema sanitario.

L'art. 38 Cost. it. prevede, inoltre, il diritto dei lavoratori all'assistenza sanitaria e all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro anche nel caso in cui la disoccupazione sia volontaria.

¹¹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (L. 833/1978). I commenti alla legge sono molti: *ex multis*, cfr. PERSIANI e al. (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale – Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, Bologna, 1979; BRUSCAGLIA e al. (a cura di), *Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, in *NLCC*, 1979, 1189 ss.; VERBARI, voce *Servizio Sanitario Nazionale*, vol. VII, in *Noviss. Dig. it.*, Torino, 1987, 182 ss. Per un commento recente si veda M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012, 49 ss.

¹² Cfr. SPERANZA, voce *Unità sanitarie locali*, in *Enc. Dir.*, vol. XLV, Milano, 1992, 776 ss.

¹³ Legge 23 ottobre 1992, n. 421, che ha attribuito al governo il potere di riformare per decreto-legge il sistema sanitario; seguito dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (d.lgs. 502/1992), Riordino della disciplina in materia sanitaria; Decreto Legge 23 marzo 1989, n. 89 (d.l. 89/1989), convertito in legge con emendamenti (l. 27 aprile 1989, n. 154); infine d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

¹⁴ Vedi *infra* § 5.2.1.

differenze in rapporto al reddito; in secondo luogo, sottraendo ai comuni la gestione degli enti sanitari, che è passata alle Regioni.

L'art. 2 d. lgs. 502/1992¹⁵ ha attribuito alle Regioni il ruolo di definire i principi dell'organizzazione sanitaria, i criteri di finanziamento, le attività di sostegno e gli strumenti di controllo, gestione e valutazione.

Il processo di decentralizzazione del sistema sanitario è terminato con l'entrata in vigore del d. lgs. 229/1999¹⁶, che ha reso il ruolo delle Regioni prevalente rispetto a quello dello Stato, a cui non resta che il compito di coordinamento delle strategie sanitarie, di decisione sulla politica finanziaria nazionale, di controllo del rispetto dei principi fondamentali e di garanzia dell'uguaglianza tra cittadini.

Lo Stato dunque distribuisce le risorse, ma sono le Regioni che decidono la ripartizione del Fondo sanitario regionale a livello territoriale tra le strutture sanitarie. Tale Fondo tuttavia è diminuito nel tempo e spesso non è sufficiente a garantire il servizio cosicché le regioni, con differenze importanti tra loro, sono state costrette ad introdurre tasse regionali¹⁷ con cui finanziano anche la sanità. Alle Regioni peraltro è stato concesso il potere di modificare il tariffario nazionale dei ticket, aumentando o diminuendo singole voci.

La conseguenza di una tale autonomia nella gestione dell'assistenza sanitaria è stato l'aumento delle sperequazioni tra qualità, accesso e costi dei servizi¹⁸, che si è tradotta nella crescente disparità tra gli utenti e ha causato un incremento preoccupante dell'emigrazione sanitaria interregionale, come rilevato dal già citato rapporto Osservasalute 2016¹⁹.

Oltre al ricorso alla fiscalità diretta e indiretta si è cercato di porre rimedio alle criticità del settore con la trasformazione delle strutture sanitarie in aziende²⁰. La riforma è avvenuta anche in tal caso in due fasi: la prima nel 1992 e la seconda nel 1999²¹.

¹⁵ Art. 2 d.lgs. 502/1992: "(1) Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. (2) Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie".

¹⁶ Cfr. nota 13.

¹⁷ In Italia accanto alle imposte nazionali sono previste delle tasse a livello locale come l'Imposta Regionale sulle Attività Produttive, IRAP, e l'Addizionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche, IRPEF. Entrambe sono state introdotte dal d.lgs. 15 dicembre 1997 n. 446.

¹⁸ Per un'analisi economia cfr. CREMONESE, *Il sistema sanitario italiano: una configurazione regionale del modello pubblico*, in *Quaderni Luiss*, n. 152, Roma, 2008, 29 s.

¹⁹ Cfr. *supra* note 1 e 4. In merito al rapporto tra emigrazione sanitaria e bilanci regionali si veda DONATI, *La scelta del luogo di cura tra autodeterminazione del paziente ed esigenze di equilibrio finanziario nel comparto sanitario regionale*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di SESTA, Santarcangelo di Romagna, 2014, 459 ss.

²⁰ Una sintesi chiara e concisa dell'organizzazione dei servizi sanitari in Italia è fornita da LAUS, *I soggetti preposti all'erogazione delle prestazioni sanitarie*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 397 ss.

Le USL sono state accorpate sotto la direzione di 200 Aziende Sanitarie Locali (ASL) che in tal modo riuniscono più distretti sanitari, territorialmente tutt'ora coincidenti con le precedenti USL, e che si occupano dalle cure specialistiche e domiciliari alle malattie croniche, dalla prevenzione alla riabilitazione. Gli stessi ospedali sono stati interessati da questo processo di aziendalizzazione della sanità italiana, cambiando il loro nome in Aziende Ospedaliere (AO)²² e così anche i criteri della loro gestione.

Ai sensi dell'art. 117 Cost. it. alle Regioni è stato delegato il potere di stabilire i criteri di finanziamento e adeguati meccanismi di verifica e controllo del rispetto del budget e del principio di economicità per massimizzare l'utilità delle risorse impiegate e arginare il deficit²³. Lo strumento giuridico per intervenire è il Piano Sanitario Regionale (PSR), che ciascuna Regione adotta o adegua entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano Sanitario Nazionale (PNS), perseguendo gli obiettivi in esso fissati dal governo.

3.- Il sistema sanitario spagnolo.

La storia del diritto sanitario spagnolo è simile a quella italiana, benché con un importante scarto temporale dovuto al perdurare del regime franchista ben oltre il secondo dopoguerra. Il primo sistema di assistenza in Spagna risale al 1942²⁴ e si ispirava al modello *bismarkiano* articolato intorno al *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE). Il diritto alle cure era garantito ai soli assicurati, ai quali la legge si riferiva come a “productores económicamente débiles”, e ai famigliari a loro carico²⁵. Nel 1974²⁶ furono modificate le condizioni di accesso per cui si richiedeva che si fosse iscritto (o congedato o in uno stato ad esso assimilabile) al regime generale di sicurezza

²¹ Una prima regolamentazione è avvenuta con il d.lgs. 502/1992, seguito dopo qualche anno dal d.lgs. 229/1999: cfr. *supra* nota 13.

²² In generale sull'organizzazione del sistema sanitario pubblico cfr. LAMBERTI, *Diritto sanitario*, Assago, 2012; CASTIELLO e al., *Manuale di diritto sanitario*, Milano, 2012; CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi*, in *Salute e Sanità*, a cura di FERRARA, in *Trattato di Biodiritto*, diretto da RODOTÀ e ZATTI, Milano, 2010, 153 ss.; FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.

La Riforma *bis* è commentata relativamente ai rapporti tra ASL, AO e Università da ROVERSI MONACO, *Università e servizio sanitario nazionale: l'azienda ospedaliera universitaria*, Padova, 2011, 57 ss.

²³ Art. 2 d.lgs. 502/1992.

²⁴ Ley de 14 de diciembre 1942, Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), novellato nel 1974 dalla Ley General de la Seguridad Social. Per un commento cfr. GÉRVAS e al., *Viente años de reforma de la Atención Primaria en España*, Madrid, 2005, 16 ss.; GONZÁLEZ MURILLO, *La política social del franquismo: el Seguro Obligatorio de Enfermedad*, in *Rev. Hist. Contemp.*, 57 (2005), 62 ss.; PONS, *Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al seguro obligatorio de enfermedad*, in PONS e RODRÍGUEZ (a cura di), *Los orígenes del Estado del Bienestar en España*, cit., 217 et ss.; AA.VV., *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Madrid, 2012.

²⁵ Art. 8 SOE : “Serán beneficiarios del Seguro obligatorio de enfermedad los asegurados y sus familiares que vivan con ellos a sus expensas. A estos efectos, sólo se considerarán como familiares los cónyuges, ascendientes, descendientes y hermanos menores de dieciocho años o incapacitados de una manera permanente para el trabajo”.

²⁶ Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, con cui si approva il testo modificato dal governo della Ley General de la Seguridad Social.

sociale, ovvero pensionato o beneficiario di altre prestazioni periodiche o infine familiare economicamente dipendente da uno dei suddetti per avere diritto all'assistenza sanitaria.

Il passaggio da un regime di assicurazione a un sistema sanitario nazionale è avvenuto in Spagna²⁷ - come si è visto per l'Italia - a seguito dell'introduzione della Costituzione del 1978. Gli articoli 43²⁸ e 49²⁹ Cost. sp. riconoscono a tutti i cittadini il diritto alla tutela della salute. Nel rispetto del dettato costituzionale e del principio di universalità³⁰ il sistema è stato riformato dalla Ley General de Sanidad (LGS) nel 1986³¹ attraverso la sostituzione del sistema contributivo con il finanziamento proveniente dalla fiscalità generale. Nasce così il *Sistema Nacional de Salud* (SNS).

Tuttavia, secondo i commentatori³², la nuova legislazione si sarebbe piuttosto sovrapposta alla precedente senza sostituirla immediatamente. Infatti né il sistema di finanziamento né il principio di universalità sono stati attuati compiutamente nell'immediato: solo nel 1989³³ il finanziamento del sistema sanitario ha cominciato ad essere attinto dalla fiscalità generale e non più dal bilancio della *Seguridad Social*; il passaggio è terminato nel 1999³⁴, quando si è giunti alla sostituzione totale.

L'approccio universalistico, invece, si è concretizzato progressivamente se è vero che, sebbene la percentuale di cittadini con copertura sanitaria fosse passata dall'86% del 1982 al 97% del 1987,

²⁷ Una comparazione tra i due modelli adottati uno dopo l'altro in Spagna è offerta da TORNOS MÁS, *Sistema de seguridad social versus Sistema nacional de salud*, in *Derecho y Salud*, 10 (2002), I, 1 ss.

²⁸ Art. 43 Cost. sp.: "(1) Se reconoce el derecho a la protección de la salud. (2) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. (3) Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio."

L'art. 43 Cost. sp. attribuisce la responsabilità dell'attuazione della tutela della salute dei cittadini ai poteri pubblici, facendo riferimento in tal modo a una nozione generica che permette di comprendere tutti gli organismi pubblici che esercitano un potere che viene dalla sovranità dello Stato. Le considerazioni sono dunque simili a quelle fatte rispetto all'attribuzione della medesima responsabilità alla Repubblica da parte dell'art. 32 Cost. it. Cfr. *supra* nota 10.

²⁹ Art. 49 Cost. sp.: "Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos."

I soli precedenti di questa norma sono nell'art. 38 Cost. it., nel preambolo della Costituzione francese della IV Repubblica e l'art. 71 della Costituzione portoghese, che ha ispirato il legislatore spagnolo. La realizzazione pratica di una tutela speciale per gli handicappati è stata operata con la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.

³⁰ Nel 1983 il Supremo Tribunal Constitucional aveva ricordato in una sentenza (32/1983, de 28 de abril, BOE, n. 117, Supl., 17 mayo 1983, 14101, 16 ss.) che: "De la interpretación sistemática de todos esos preceptos se infiere la exigencia constitucional de que exista un sistema normativo de la sanidad nacional, puesto que los derechos que en tal sentido reconoce la Constitución en los artículos 43 y 51 o, complementariamente, en otros como el 45.1, que reconoce el derecho que todos tienen a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona, pertenecen a todos los españoles y a todos se les garantiza por el Estado la igualdad en las condiciones básicas para el ejercicio de los mismos".

Si veda altresì il capitolo II del Preámbulo della LGS in cui il legislatore richiama espressamente il dettato costituzionale nell'esplicitare i motivi della riforma.

³¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). Cfr. SÁNCHEZ BAYLE, *Evolución del sistema sanitario en España*, in SÁNCHEZ BAYLE (a cura di), *El sistema sanitario en España*, Madrid, 1996, 49 ss.; CORBELLÁ I DUCH, *Manual de derecho sanitario*, 2a ed., Barcellona, 2012, 65 ss.

³² ABELLÁN PERPIÑÁN (a cura di), *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas*, Bilbao, 2013, 255.

³³ Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989.

³⁴ DE LA FUENTE, *La evolución de la financiación de las comunidades autónomas de régimen común, 1999-2009*, Barcellona, 2011.

restavano soggetti non coperti. Nel tempo si sono susseguiti vari, circoscritti interventi legislativi³⁵: nel 1987 è stato eliminato il limite di 26 anni per l'estensione dei servizi sanitari ai famigliari dei beneficiari; nel 1989 è stata introdotta l'assistenza gratuita per i più bisognosi; nel 2003³⁶ essa è stata estesa a tutti gli stranieri iscritti nel *Padrón municipal*, che è il registro pubblico della popolazione che risiede in un certo comune.

Il principio di universalità si è imposto davvero solo a partire dal 1° gennaio 2012 con l'entrata in vigore della Ley General de Salud Pública (LGSP)³⁷, di cui si parlerà ampiamente nel prosieguo³⁸. La legge prevedeva l'estensione dell'assistenza sanitaria pubblica a « todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídicos ». L'estensione è stata dunque effettiva per tutti coloro che avevano acquisito diritto alla prestazione o al sussidio di disoccupazione alla data dell'entrata in vigore della legge; mentre per gli altri, come i professionisti o le persone prive di assicurazione, occorreva attendere i decreti di attuazione.

Con andamento simile a quello osservato in Italia, il perseguimento dei principî fondamentali del sistema sanitario pubblico si è accompagnato con la politica di decentralizzazione della prestazione dei servizi sanitari e di conseguenza il trasferimento delle competenze in materia di salute alle comunità autonome³⁹. Tale processo aveva già avuto inizio nel 1981 in Catalogna per mezzo del Real Decreto 1517/1981⁴⁰ e nel 1983 con la creazione del *Servicio Vasco de Salud*, Osakidetza⁴¹, e si è concluso qualche anno più tardi, nel 2001, con l'istituzione del *Servicio Cántabro de Salud*⁴².

³⁵ Una ricostruzione lucida dei passaggi legislativi si trova nell'opera di ABELLÁN PERPIÑÁN (a cura di), *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas*, cit., 256.

³⁶ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC). Tra il 2002 e il 2003 il sistema sanitario spagnolo ha vissuto un aumento rilevante della legislazione esistente: Ley 41/2002, de 14 noviembre 2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias; Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los servicios de salud. Per un commento, cfr. DE LORENZO e MONTERO, *La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Su concepción como herramienta de calidad de la asistencia*, in *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*, cit., 103 ss.

³⁷ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (LGSP).

³⁸ § 6.

³⁹ Art. 49 LGS: “Las Comunidades Autónomas organizan sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley”; e art. 50.1 LGS: “En cada Comunidad Autónoma se constituye un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que está gestionando bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma”.

Il processo di decentralizzazione, iniziato già dal 1979, si è oggi compiuto per tutte le comunità autonome, tranne per le città autonome di Ceuta e Melilla.

⁴⁰ Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio.

⁴¹ L'autonomia della Comunità basca in materia sanitaria è stato oggetto di ricorso al Tribunal Constitucional per conflitto positivo di competenza nella sentenza 32/1983 (vedi nota 30). L'organizzazione del sistema di salute basco è stata completata nel 1997 allorché è stata approvata la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi.

⁴² In effetti sono del 27 dicembre 2001 la maggioranza dei Reales Decretos, che hanno riconosciuto l'autonomia in materia di salute: 1471/2001 Asturias; 1472/2001 Cantabria; 1473/2001 La Rioja; 1474/2001 Murcia; 1475/2001 Aragón; 1476/2001 Castilla-La Mancha; 1477/2001 Extremadura; 1478/2001 Baleares; 1479/2001 Madrid; 1480/2001 Castilla e León.

Tuttavia è stata la LGS nel 1986 ad aver dato forma giuridica ad un sistema nazionale integrato, ossia composto da diversi sistemi sanitari autonomi⁴³ su base regionale, con al vertice il Ministero della Salute, che oggi porta il nome di *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad*.

L'organizzazione prevede che ogni comunità sia divisa in distretti individuati secondo fattori principalmente geografici e demografici⁴⁴: le *Areas de Salud* (AS)⁴⁵. Queste sono le unità di base del sistema, con uno schema istituzionale simile a quello delle ASL italiane. L'assistenza è strutturata su due livelli: le cure primarie e le cure specialistiche, in particolare il servizio ospedaliero. Ogni AS è suddivisa a questo fine in diverse *Zonas Básicas de Salud*⁴⁶, che si occupano dell'assistenza primaria; mentre per l'assistenza specialistica ognuna di esse dispone almeno di un ospedale, definito dall'art. 56, co. 2 b), LGS come struttura responsabile dell'assistenza specialistica e dei problemi di salute di maggiore complessità.

A livello regionale ognuna delle comunità detiene il potere di gestione di tutti i centri, gli istituti e le strutture che si trovano sul suo territorio, accorpati nelle AS; il controllo e l'indirizzo politico avvengono attraverso lo strumento del *Plan Integrado de Salud*⁴⁷, che ciascuna comunità autonoma redige nel rispetto delle direttive generali stabilite dal governo al fine di assicurare il coordinamento delle azioni a livello nazionale e l'uguaglianza dell'assistenza per tutti i cittadini, e cui gli amministratori locali sono tenuti a conformarsi.

In concreto però la gestione del settore della salute si realizza diversamente in ogni comunità spagnola secondo le regole che ciascuna si dà nell'esercizio della propria ampia autonomia. Ciò ha creato nel tempo molteplici sottosistemi sanitari pubblici, riproducendo le medesime disuguaglianze che si sono descritte per l'Italia.

In Spagna dunque – come in Italia – la decentralizzazione ha portato sia vantaggi che svantaggi: da una parte, un'assistenza distribuita sul territorio e amministrata a livello locale permette di arrivare più facilmente agli utenti e di controllare da vicino qualità ed efficacia dei servizi; dall'altra parte, i difetti di coordinamento e coesione nazionale, nonché la mancanza di un meccanismo di scambio

⁴³ Una descrizione della decentralizzazione attuata in Spagna dal punto di vista del giurista italiano è offerta da GRIGLIO, *Unità e decentramento nella tutela del diritto alla salute in Spagna*, in *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l'analisi comparata*, a cura di BALDUZZI, Bologna, 2008, 247 ss.

⁴⁴ Generalmente si considera un distretto ogni 200.000 o 250.000 abitanti, con almeno uno ogni provincia. Gli altri fattori, che giocano un ruolo, sono il lavoro, la cultura, il clima, la situazione epidemiologica, le vie e i mezzi di comunicazione e infine le strutture sanitarie presenti. Cfr. DEL REY CALERO, *El sistema sanitario español*, in *Enseñanza de las ciencias de la salud y organización de la asistencia sanitaria en Europa*, Madrid, 1997, 373.

⁴⁵ Nella LGS le *Areas de Salud* sono istituite dall'art. 56.1 secondo i criteri descritti nell'art. 62.1 s. e disciplinate dall'art. 63.1 s.

⁴⁶ Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, de Estructuras Básicas de Salud.

⁴⁷ Art. 54 LGS: “(1) Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. (2) El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud.”

interregionale delle informazioni sono stati la causa di uno sviluppo disuguale dell'assistenza nelle diverse comunità autonome.

Al fine di porre rimedio ai difetti dovuti alla decentralizzazione, nel 2003 è stata adottata la *Ley de Cohesión y Calidad del SNS*⁴⁸, che prevede modalità di coordinamento e cooperazione delle amministrazioni pubbliche con lo scopo di assicurare l'uguaglianza, la qualità e la partecipazione sociale al sistema sanitario. La responsabilità del coordinamento è stata attribuita ad un organo apposito, il *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España*⁴⁹.

4.- L'aziendalizzazione del sistema sanitario pubblico.

Nel tempo esempi virtuosi si sono affiancati ad altri decisamente poco lusinghieri, in particolare nel rapporto qualità/prezzo. Per porvi rimedio e rendere il sistema sanitario più efficiente e meno costoso anche la Spagna ha seguito l'andamento generalizzato verso una traiettoria di aggiustamento di formule amministrative di tipo pubblico, innovandone l'approccio: più manageriale con la partecipazione del settore privato; ovvero meno gerarchizzato con la partecipazione diretta degli operatori alla gestione delle strutture.

Storicamente il primo intervento di modifica del sistema sanitario pubblico è stato operato in Catalogna⁵⁰ nel 1990⁵¹ con l'introduzione di un modello misto, secondo il quale tutte le strutture sanitarie, pubbliche e non, sono assimilate in modo da favorire, laddove necessario e/o opportuno, la fornitura di servizi privati pagati con soldi pubblici. A seguire nel 1992 è stato istituito in Andalusia l'Hospital Costa del Sol, azienda di diritto pubblico, esempio di struttura a titolarità pubblica, amministrata secondo i principi manageriali propri delle imprese private. Nel 1996 nell'avanguardista Catalogna ha avuto luogo un originale esperimento con la creazione di una società cooperativa di professionisti per l'amministrazione di una struttura sanitaria: si tratta del modello Vic, il primo esempio spagnolo di *Entidad de Base Asociativa* (EBA). Infine nel 1999 il processo verso la privatizzazione dei servizi medici ha segnato una nuova tappa, quella delle concessioni amministrative. Questo modello si chiama Alzira, dal nome dell'ospedale che è stato costruito da una società di diritto civile per offrire ad un'intera *àrea*, e gestire in forma privata,

⁴⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Per un commento cfr. REY DEL CASTILLO, *Algunos comentarios para el análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, in *Rev. Adm. Sanit.*, 2003, I (3), 365 ss.

⁴⁹ Il *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* è l'organo permanente cui l'art. 69 LCC nel 2003 ha conferito il compito di coordinare tra loro le comunità autonome e l'amministrazione centrale e promuovere la coesione del SNS con la finalità di garantire il rispetto e l'uguaglianza effettiva del diritto all'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale.

⁵⁰ In Catalogna questo processo si giustificava sulla base di un rapporto di 30 a 70 dei servizi pubblici rispetto ai servizi privati, mentre nel resto della Spagna il rapporto era esattamente il contrario: cfr. SÁNCHEZ BAYLE, *La privatización de la asistencia sanitaria en España*, in *Laboratorio de Alternativas*, n. 182, 2014, 14 ss.

⁵¹ Llei 15/1990, de 9 juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

l'assistenza sanitaria completa. Pensato all'inizio unicamente per le cure specialistiche in una zona senza ospedali, questo modello si è poi ampliato fino a ricomprendere l'assistenza primaria e quella sociosanitaria. In effetti, si tratta di una variante del modello inglese della *Private Finance Initiative* (PFI)⁵², che nel 2007 ha fatto il suo debutto anche a Madrid e che si caratterizza per la gestione privata esclusiva dei servizi non clinici, diversamente dal modello Alzira che perviene ad una esternalizzazione completa⁵³.

5.- L'impatto della crisi del 2008.

A partire dal 2008 la crisi economica e finanziaria si è diffusa in Europa e ciò ha avuto un impatto visibile sui sistemi sanitari dei paesi europei sia su modello SSO che SSP. I poteri pubblici hanno reagito ciascuno a modo proprio alla ricerca di soluzioni idonee a fronteggiare la diminuita disponibilità di risorse economiche.

Nel breve periodo la crisi ha imposto a tutti i governi la contrazione della spesa sanitaria. I timori circa i rischi per la popolazione europea legati ad una politica di austerità hanno indotto nel 2009 il Comitato regionale dell'OMS per l'Europa⁵⁴ ad adottare una risoluzione con lo scopo di sollecitare gli Stati membri a proseguire nella tutela e nella promozione dell'accesso di carattere universalistico a servizi sanitari efficienti e di qualità.

Nel medio e lungo periodo i governi nazionali avrebbero dovuto mettere l'accento su politiche mirate contestualmente alla riduzione della spesa, per riuscire a minimizzare gli effetti negativi della crisi sulla performance dei loro sistemi sanitari, e all'aumento di qualità ed efficienza.

⁵² La *Private Finance Initiative* si inserisce in un quadro legislativo e politico più complesso: sul punto si rinvia a KLEIN, *Why Britain is reorganising its National Health Service – yet again*, in *Health Affairs*, n. 17, 111 ss.; OLIVER, *The English Health Service: 1979-2005*, in *Health Economics*, 2005, 14, 75 ss.

⁵³ In Italia non c'è stato un tale ventaglio di soluzioni. Dall'istituzione del SSN il legislatore ha previsto la possibilità di ricorrere a soggetti privati al fine di garantire le prestazioni sanitarie: cfr. BOTTARI, *I soggetti erogatori privati e l'attuazione del principio di sussidiarietà*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 425 ss. Tuttavia, l'inserimento di soggetti privati nel sistema pubblico era condizionato alla loro capacità di garantire gli standard qualitativi fissati dalla legge. Il funzionamento dell'alleanza pubblico/privato è assicurato dunque dalle procedure di accreditamento gestite dalle regioni (cfr. CONTICELLI, *op. cit.*, 71 ss.). All'inizio strutturato secondo regole negoziali, nelle riforme italiane della fine del secolo scorso il modello negoziale è stato sostituito da un sistema integrato, basato su meccanismi pubblicistici di relazione tra SSN e prestatori di servizi privati. Questi operatori privati sono diventati nel tempo attori indispensabili del sistema sanitario italiano. In particolare rispetto all'assistenza primaria, in Italia oggi gli utenti non distinguono più tra strutture pubbliche o private quando si tratta di servizi "convenzionati", ossia cure o esami diagnostici che per legge si può scegliere di effettuare indifferentemente in strutture di qualunque natura. Peraltro la procedura di accreditamento è stata uniformata a livello nazionale senza distinzione tra soggetti pubblici e privati; tutti debbono rispondere agli stessi criteri e alle stesse norme di qualità. In tal senso si tratta di strutture o cliniche autorizzate, pubbliche o assimilate, strutture private a scopo di lucro o non, ma anche semplici professionisti che ne facciano domanda.

⁵⁴ WHO, *Regional Committee for Europe, Resolution, Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region*, EUR/RC59/R3, 16 September 2009, consultabile all'indirizzo http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf

Secondo uno studio ufficiale⁵⁵ i paesi europei hanno utilizzato combinazioni variabili di strumenti politici per fronteggiare la situazione. Alcuni di essi hanno raggiunto l'obiettivo di aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari toccando poco l'ampiezza e la portata della copertura legale. Altri invece stanno compromettendo l'operatività degli stessi capisaldi del modello sanitario prescelto. Tra loro di fatto si registra una riduzione dei servizi essenziali coperti, l'aumento dei tempi di attesa e degli oneri a carico del cittadino, la riduzione della copertura sanitaria e il malcontento dei medici causato dalla riduzione dei salari e/o da un peggioramento delle condizioni contrattuali.

L'Italia e la Spagna sono senz'altro tra i paesi europei più colpiti dalla crisi finanziaria. Entrambi hanno adottato soluzioni simili per farvi fronte. In entrambi sembra che le istanze liberiste abbiano approfittato dell'occasione per far avanzare progetti di riforma cui aspiravano da tempo⁵⁶. Il c.d. *Informe Abril*⁵⁷, ad esempio, proposta di modernizzazione del sistema sanitario, teorizzato in Spagna già nel 1996, suggerisce diverse azioni⁵⁸, quali l'introduzione di un ticket, il passaggio ad una gestione manageriale dei servizi sanitari con l'applicazione delle regole della concorrenza, la promozione del ruolo degli enti assicurativi privati ed infine la trasformazione dei rapporti di lavoro dei medici con le strutture di appartenenza in contratti flessibili e precari.

Rispetto alle rivendicazioni giuslavoriste degli operatori sanitari e alle riflessioni delle scienze politiche che accompagnano la trasformazione di servizi essenziali in prestazioni assoggettate al cinismo stringente delle regole di mercato⁵⁹, argomenti che esulano dalla mie competenze e dall'ambito di questo lavoro, appare più pertinente soffermarsi sul significativo ruolo acquisito nel corso degli ultimi anni dal ticket nei sistemi italiano e spagnolo, quale strumento del potere esecutivo per la correzione dei conti pubblici con l'effetto, a livello micro, della sua snaturamento e, a livello macro, dell'allontanamento dal modello originario di SSP.

⁵⁵ MLADOVSKY e al., *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, WHO Policy Summary 5, Copenhagen, 2012; THOMSON e al., *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, WHO Policy Summary, Copenhagen, 2014.

⁵⁶ Un approccio prospettico viene offerto dall'opera di BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale: un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009.

⁵⁷ L'*Informe Abril* deve il proprio nome al Presidente, Abril Martorell, che ha promosso l'iniziativa sfociata nella pubblicazione di *Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. La sua storia e le sue conseguenze nel tempo sono descritte nell'opera *El Sistema sanitario de España: evolución, situación actual, problemas y perspectivas*, a cura di SÁNCHEZ BAYLE, Madrid, 1996, 52 ss.

⁵⁸ In Italia nel 2009 è stato finanziato un progetto nazionale di ricerca avente come oggetto l'analisi del coordinamento della politica economica in rapporto al rispetto del diritto alla salute dei cittadini e del principio di autodeterminazione del singolo individuo. Sulle misure prese dallo Stato italiano cfr. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 29 ss.

⁵⁹ L'impatto di una strategia concorrenziale sui professionisti della salute è considerato nell'analisi di CREMONESE, *op. cit.*, 21 ss., cui si rinvia. Nella prospettiva europea cfr. RACCA e CAVALLO PERIN, *Organizzazioni sanitarie e contratti pubblici in Europa: modelli organizzativi per la qualità in un sistema di concorrenza*, in *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, a cura di PIOGGIA e al., Rimini, 2011, 119 ss.

5.1.- I rimedi spagnoli alla crisi.

Sotto il profilo dell'analisi economica⁶⁰ il ticket non ha una funzione contributiva; esso nasce piuttosto con la funzione di arginare il c.d. « rischio morale » o « abuso morale », che si presenta tutte le volte in cui un paziente fa ricorso alle cure senza una necessità impellente o ne fa un consumo eccessivo, superfluo o inutile. Il ticket svolge in tal senso una funzione dissuasiva; per cui manca il proprio bersaglio allorché supera il limite di un contributo minimo, per diventare strumento di riduzione della spesa pubblica.

5.1.1.- Il copago.

Il *copago* ha una lunga storia in Spagna, dove – è bene sottolinearlo subito – dall'inizio ad oggi è stato limitato (quasi esclusivamente) all'ambito farmaceutico. Nel 1966 il *copago* era di 5 pesetas; nel 1978 costituiva il 20% del prezzo di vendita del farmaco; aumentato nel 1979 al 30% e l'anno successivo al 40%, attualmente è al 60%. Fino al 1980 le categorie più deboli (pensionati e malati cronici) erano esentati dal pagamento del ticket, poi è stato introdotto un prelievo unico del 10%. Questa progressiva snaturamento ha raggiunto il culmine con la riforma del 2012⁶¹: come enunciato nel suo stesso titolo, con il *copago* la legge 16/2012 ha mirato prima di tutto ad assicurare la sostenibilità finanziaria della sanità spagnola.

In effetti, nell'esplicazione dei motivi della LGS il legislatore spagnolo ha molto chiaramente affermato che il riconoscimento del diritto all'assistenza sanitaria non significa che essa debba essere automaticamente gratuita. Sulla scorta di questo enunciato è stata introdotta in Spagna la *Carta de Servicios Comunes* nel 2003⁶², riformata nel 2006⁶³ e ancora nel 2012⁶⁴.

⁶⁰ ARROW, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, in *AER*, 53 (1963), 5, 941 ss.; PAULY, *The economics of moral hazard: Comment*, in *AER*, 58 (1968), 3, 1, 531 ss.

⁶¹ In Italia esiste un'espressione simile a quella spagnola: '*Carta dei Servizi Sanitari*'. Le due espressioni tuttavia non corrispondono a disposizioni equivalenti. La Carta dei Servizi italiana, introdotta nel 1995 dal d. l. 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella l. 11 luglio 1995, n. 273, rappresenta uno strumento politico di comunicazione tra cittadini e strutture sanitarie, attraverso il quale ogni struttura conclude un patto con gli utenti avente come oggetto quantità, qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate, nonché la descrizione delle misure adottate per garantire uguaglianza di accesso, imparzialità nella fornitura dei servizi, protezione generalizzata della salute comprensiva di prevenzione e riabilitazione, così come la partecipazione degli utenti ai processi di pianificazione e controllo.

⁶² Art. 20, Ley 16/2003, cit., che è stato modificato dall'art. 2 Real Decreto-Ley 16/2012, cit. Il testo nella versione attuale è il seguente: "(1) El contenido de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se determinará por acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación. En la elaboración de dicho contenido se tendrá en cuenta la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, así como su impacto económico y organizativo. En la evaluación de lo dispuesto en el párrafo anterior participará la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. (2) En cualquier caso, no se incluirán en la cartera común de servicios aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada."

⁶³ Art. 2 Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

5.1.2.- La Cartera de Servicios Comunes.

La *Cartera de Servicios Comunes*, ossia il portafoglio dei servizi offerti dal SNS, è l'insieme di tecniche, tecnologie o procedure, ossia ogni metodo, attività e mezzi basati sulla conoscenza e l'esperienza scientifica, che rendono efficaci le prestazioni sanitarie. Questo portafoglio racchiude tutti gli ambiti della sanità pubblica: l'assistenza primaria (o di base), specializzata, di urgenza, farmaceutica, ortoprotesica, dietetica e il trasporto sanitario. In tal senso la *Cartera de Servicios Comunes* è articolata a sua volta secondo diversi (sotto)portafogli, tra cui la *cartera común* di base⁶⁵, che include le attività di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e il trasporto urgente con una copertura totale dei costi; la *cartera común* supplementare⁶⁶, che comprende tutte le prestazioni sanitarie condizionate all'apporto finanziario da parte dell'utente come quelle ambulatoriali, la fornitura dei prodotti farmaceutici o dietetici, delle prestazioni ortopediche o dei trasporti sanitari non urgenti; e la *cartera común* dei servizi accessori⁶⁷.

Nella *Cartera común suplementaria* viene confermata la distinzione tra cittadini attivi e pensionati, che esisteva da tempo già per il ticket sui prodotti farmaceutici. Questa distinzione, sebbene si giustifichi con l'esigenza di arginare il rischio morale, è aspramente criticata dagli interpreti in quanto trasforma il *copago* in un contributo occulto alla spesa pubblica, cui di principio si dovrebbero applicare i criteri di proporzionalità affinché si consideri al meglio la capacità contributiva degli utenti⁶⁸ e si realizzi una vera giustizia sociale.

5.2.- I rimedi italiani alla crisi.

Non diversamente dalla Spagna, il controllo della spesa pubblica in Italia avviene in pratica attraverso due strumenti e a due livelli: il ticket (a livello regionale) e i LEA (a livello nazionale).

5.2.1. Il ticket.

⁶⁴ Art. 2, Real Decreto-Ley 16/2012, cit., ha altresì modificato l'art. 8, Ley 16/2003, cit., introducendo una divisione in tre della *Cartera Común*, come indicato di seguito.

⁶⁵ Si tratta della *Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS*, che comprende tutte le attività sanitarie di prevenzione, diagnosi, trattamento e di riabilitazione che sono realizzate in centri sanitari o socio-sanitari, così come il trasporto sanitario urgente, coperto interamente dalla finanza pubblica.

⁶⁶ Si tratta della *Cartera común suplementaria del SNS*, che include tutte le prestazioni che sono realizzate in forma ambulatoriale e sono pagate dall'utente: forniture farmaceutiche, di protesi ortopediche, di prodotti dietetici e il trasporto sanitario non urgente, rimesse alla prescrizione di un medico per ragioni terapeutiche e con un livello di contribuzione da parte dell'utente conforme a quello previsto per le prestazioni farmaceutiche.

⁶⁷ L'ultima è la *Cartera común de servicios accesorios del SNS*, che include tutte le attività, i servizi o le tecniche, senza carattere di prestazione, considerate non essenziali e/o che contribuiscono o aiutano al miglioramento di una patologia di carattere cronico, rimesso all'apporto e/o al rimborso da parte dell'utente.

⁶⁸ Le critiche a questo utilizzo del ticket si trovano nell'opera di ABELLÁN PERPIÑÁN (a cura di), *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas*, cit., 318 ss.

La partecipazione alle spese sanitarie da parte dei cittadini è stata introdotta nel sistema sanitario italiano nel 1989⁶⁹ sotto forma di ticket; e poi dettagliata nel 1993⁷⁰. Nel tempo, e soprattutto con l'avvento della crisi, sono stati diversi gli interventi legislativi che ne hanno modificato – allo stesso modo che in Spagna – natura e modalità di messa in opera: ad esempio nel 2011⁷¹ è stata introdotta nuovamente una quota fissa di 10 euro per le visite specialistiche e gli esami diagnostici che era prevista già nel 2001, ma che era stata eliminata nel 2008; stessa sorte per il ticket di 25 euro per le cure primarie qualificate “non urgenti”⁷².

Il ticket sui medicinali, al contrario, da quando è stato introdotto, non è mai stato abolito; piuttosto più volte è stato modificato in rapporto alla proporzione del contributo da pagare e al tipo di prodotti. La riforma più importante in questo campo aveva la finalità di ridurre la spesa pubblica, limitando il costo della fornitura per il SSN al prezzo del solo medicinale generico⁷³: se il consumatore vuole invece un medicinale di marca, deve pagare di tasca propria la differenza di prezzo.

Esiste un'esenzione per categorie per tutti i maggiori di 65 anni e più giovani di 6, per i pensionati con pensione minima e i familiari a loro carico, per gli indigenti riconosciuti tali dal comune, i malati cronici e gli invalidi, così come per le vittime di infortunio sul lavoro e le donne incinte.

5.2.2. I Livelli Essenziali di Assistenza.

Un altro sistema, introdotto dal legislatore italiano per ridurre la spesa pubblica sanitaria, è quello dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA)⁷⁴, definiti come le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Negli ultimi dieci anni la contrazione della spesa per la sanità pubblica si è giocata sulla revisione (o meglio la mancanza di revisione) di questi LEA nei tre settori di attività interessati: prevenzione collettiva e salute pubblica, assistenza da parte delle ASL e assistenza ospedaliera.

⁶⁹ D. l. 23 marzo 1989, n. 89, convertito nella L. 27 aprile 1989, n. 154.

⁷⁰ L. 24 dicembre 1993, n. 537.

⁷¹ D. l. 6 luglio 2011, n. 98, convertito nella l. 15 luglio 2011, n. 111.

⁷² Si ricorda che al pronto soccorso al suo arrivo al paziente viene dato dal personale addetto all'accoglienza un codice di urgenza differenziato per colore: bianco (non urgente), verde (urgenza minore), giallo (urgenza), rosso (urgenza grave). Ci sono altresì altri colori utilizzati come ad esempio il nero per i pazienti deceduti, arancione per quelli infetti o contaminati, blu quando le funzioni vitali sono compromesse.

⁷³ Per medicinale generico si intende un farmaco che in seguito a studi clinici appositi, si dimostra bioequivalente rispetto al medicinale di marca, la cui copertura brevettuale è venuta meno.

⁷⁴ Una ricostruzione critica della storia dei LEA e del rapporto con la questione della finanza pubblica italiana si trova nell'analisi di BELLETTI, *I «livelli essenziali delle prestazioni» alla prova del «coordinamento della finanza pubblica»*. *Alla ricerca della «perequazione» perduta*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 101 ss.

Battezzati dall'art. 1 d.lgs. 502/1992, dopo l'entrata in vigore della legge costituzionale di riforma del Titolo V della Costituzione italiana⁷⁵, che ha attribuito al legislatore nazionale la determinazione dei livelli essenziali di tutte le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali⁷⁶, i LEA sono stati definiti nel dettaglio nel 2001 con decreto dell'esecutivo⁷⁷, entrato in vigore nel 2002 e da allora, nonostante le proposte e i richiami formulati dagli attori del settore⁷⁸, non più rivisti fino al luglio 2014 quando Stato e Regioni hanno approvato il nuovo Patto per la salute 2014/2016, ratificato per legge⁷⁹, e disposto in esso l'aggiornamento dei LEA⁸⁰. Nel gennaio 2016 viene istituita la Commissione permanente con il compito di individuare le funzioni assistenziali e aggiornare classi tariffarie e tariffe⁸¹, ma l'intervento è parziale e viene seguito da un altro decreto ministeriale⁸² che porta all'insediamento nell'ottobre 2016 di una Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e finalmente lo scorso gennaio⁸³ alla definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza⁸⁴.

⁷⁵ Legge costituzionale, 18 ottobre 2001, n. 3. Per un commento cfr. BALDUZZI e DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*, Milano, 2002.

⁷⁶ Art. 117 Cost. it.: "(1) La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. (2) Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: (...); m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; (...)." Per un commento cfr. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in *Salute e Sanità*, a cura di FERRARA, cit., 445 ss., 471 ss.

Lo strumento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) è spiegato da ROVERSI MONACO, *I livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza e dei servizi sociali: la prospettiva nazionale*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 595 ss.

Sul rapporto tra l'introduzione dei LEP e dei LEA e il principio di uguaglianza si è pronunciato BALBONI, *Il nome e la cosa. Livelli essenziali dei diritti e principio di uguaglianza*, in *Studi in onore di G. Berti*, vol. I, Napoli, 2005, 300 ss.

⁷⁷ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dpcm) 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002.

⁷⁸ Peraltro, nel 2008, dopo un lungo lavoro di elaborazione ed elencazione di 5.700 tipologie di prestazioni e servizi con le rispettive tariffe, la riforma dei LEA era stata approvata (dpcm, 23 aprile 2008), ma è stata soppressa qualche mese più tardi dal nuovo governo (luglio 2008). Nel 2010 è fallito un ulteriore tentativo. Ad ogni modo la nomenclatura tariffaria è stata aggiornata nel 2009 e nel 2012 (d.l. 6 luglio 2012, n. 95, con validità prolungata fino al 31.12.2015 dal d.l. 31 dicembre 2014, n. 192, mentre l'enumerazione dei livelli essenziali di assistenza è rimasta quella del 2001 fino allo scorso gennaio).

⁷⁹ L. 23 dicembre 2014, n. 190.

⁸⁰ Art. 1, al. 3, Patto per la Salute 2014/2016: "Nell'ambito delle disponibilità di cui al comma 1, con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri adottato, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, si provvede, entro il 31 dicembre 2014, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione dei principi di equità, innovazione ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica".

⁸¹ Il d.m. 18 gennaio 2016.

⁸² Con decreto ministeriale del 16 giugno 2016, parzialmente modificato con altro decreto ministeriale 17 ottobre 2016, è stata nominata la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, istituita dall'art. 1, comma 556, della legge di stabilità 2016 (l. 28 dicembre 2015, n. 208), presieduta dal Ministro della salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale. La Commissione ha il compito di garantire il costante (annuale) aggiornamento dei LEA attraverso una procedura semplificata e rapida.

⁸³ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (dpcm) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017. Il nuovo Decreto sostituisce integralmente – a distanza di 16 anni – il dpcm 29 novembre 2001, con cui erano stati definiti per la prima volta le attività, i servizi e le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse raccolte attraverso la fiscalità generale.

⁸⁴ Il dpcm 12 gennaio 2017 contiene diverse novità: tra le altre, innova il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risale al 1996, escludendo prestazioni obsolete e introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate. Per esempio: adroterapia, enteroscopia con microcamera ingeribile, tomografia retinica (OTC); innova il nomenclatore dell'assistenza protesica, dopo 18 anni, introducendo ausili protesici tecnologicamente avanzati ed escludendo quelli

6.- Gli effetti della crisi.

Nei due paesi, Spagna e Italia, dunque gli interventi legislativi in materia sanitaria sono stati accompagnati da dichiarazioni pubbliche di intenzione secondo le quali le riforme sarebbero state tali da garantire la continuità dell'assistenza, con un equilibrio multidisciplinare incentrato sul paziente, in grado di assicurare la migliore qualità e la sicurezza delle cure, nonché le migliori condizioni di accesso e l'uguaglianza per tutta la popolazione coperta.

La crisi finanziaria degli ultimi anni viceversa ha giustificato il regresso verso un'universalità temperata dal principio di protezione dei più deboli (Italia) o delle sole persone regolarmente residenti nel territorio nazionale (Spagna).

6.1.- In Italia.

In Italia, sebbene il diritto alla gratuità delle cure è riservato ad alcune tipologie di pazienti e alle fasce di reddito più basse, l'assistenza sanitaria è garantita a tutti, compresi gli stranieri extracomunitari, che si trovano irregolarmente in Italia⁸⁵. Costoro hanno diritto all'assistenza primaria e ospedaliera urgente o essenziale, o continuativa, per malattia o infortunio e ai programmi di medicina preventiva, come le vaccinazioni. A tal fine, su richiesta, le ASL forniscono agli stranieri il c.d. codice STP⁸⁶, con una validità di sei mesi e rinnovabile, che può essere assegnato anche in mancanza di indicazioni circa l'identità personale del titolare. Un'eccezione è prevista per gli studenti stranieri che non siano altrimenti assicurati nel loro paese di origine, ragazze o ragazzi alla pari, religiosi o diplomati, i quali sono obbligati a stipulare una polizza assicurativa privata o iscriversi volontariamente al SSN pagando un contributo forfettario annuale.

6.2.- In Spagna.

obsoleti. Per esempio: strumenti e software di comunicazione alternativa ed aumentativa, tastiere adattate per persone con gravissime disabilità, protesi ed ortesi di tecnologie innovative; aggiorna gli elenchi di malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket; inserisce più di 110 entità, tra malattie rare singole e gruppi, e 6 nuove patologie croniche; offre nuovi vaccini e individua nuovi destinatari in accordo con il nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale; aggiorna la lista delle prestazioni che il SSN offre gratuitamente (senza ticket) a coppie e donne in epoca preconcezionale, in gravidanza e in puerperio in pieno accordo con le Linee guida sulla gravidanza; introduce lo screening neonatale per sordità congenita, cataratta congenita e per molte malattie metaboliche ereditarie a tutti i nuovi nati; inserisce l'endometriosi nell'elenco delle patologie croniche e invalidanti, negli stadi clinici moderato e grave con l'esenzione di alcune prestazioni specialistiche di controllo; trasferisce la celiachia dall'elenco delle malattie rare all'elenco delle malattie croniche; inserisce nella specialistica ambulatoriale tutte le prestazioni necessarie per la procreazione medicalmente assistita, omologa ed eterologa, fino ad oggi erogate solo in regime di ricovero.

⁸⁵ Sull'impatto della crisi finanziaria circa il rapporto tra salute e immigrazione cfr. ROMANO, *Salute e immigrazione. Prospettive di osservazione della relazione tra l'accesso alle cure del non cittadino e l'organizzazione sanitaria*, in *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, cit., 69 ss. In particolare sui conflitti tra Stato e Regioni in merito alla prestazione dei servizi sociali ai soggetti sprovvisti di permesso di soggiorno, alla sicurezza e all'ordine pubblico, 87 ss.

⁸⁶ *Straniero Temporaneamente Presente (STP)* è la carta, che certifica lo stato di straniero temporaneamente presente sul territorio nazionale e il suo titolo a ricevere l'assistenza sanitaria che gli occorre.

Allo stesso modo il legislatore spagnolo nel 2000⁸⁷ aveva riconosciuto la titolarità dell'assistenza sanitaria agli stranieri «en las mismas condiciones que los españoles» perché, allorché entrò finalmente in vigore il 1° gennaio 2012 la disposizione supplementare della LGSP, che «extiende el derecho a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico»⁸⁸, il carattere del SNS era senza alcun dubbio a vocazione universalista. Tuttavia, solamente qualche mese dopo, il quadro regolamentare viene modificato in modo rilevante, soprattutto rispetto agli stranieri. Il Real Decreto Ley 16/2012⁸⁹ ha modificato l'art. 12 nel senso che il diritto all'assistenza è accordato «conformemente alla legislazione vigente», cioè secondo l'art. 2.1.b RD 1192/2012⁹⁰, che per gli stranieri richiede la residenza legale

La normativa, infatti, riconosce il diritto all'assistenza sanitaria solo agli assicurati, che suddivide in due categorie: della prima fanno parte i lavoratori iscritti alla *Seguridad Social*, i pensionati, i beneficiari di qualsiasi forma di prestazione periodica sociale e i disoccupati; tutti costoro sono considerati assicurati di diritto⁹¹. La categoria alternativa è costituita da coloro che, avendo un reddito annuo inferiore a 100.000 euro, abbiano volontariamente richiesto l'iscrizione al SNS: si tratta di spagnoli residenti in Spagna, che non rientrano nel gruppo precedente; stranieri europei o extracomunitari, con regolare permesso di soggiorno e residenza effettiva sul territorio spagnolo. Fanno eccezione i minori. Da questo nuovo sistema sono esclusi i più ricchi e gli stranieri che si trovano temporaneamente e/o senza permesso di soggiorno sul territorio spagnolo.

In definitiva, gli stranieri privi di permesso di soggiorno non hanno alcun diritto all'assistenza sanitaria a meno che non si assicurino sottoscrivendo un *Convenio especial de prestación* e pagando il premio assicurativo, che è calcolato in rapporto al costo per persona e in misura uguale alla tariffa applicata ai cittadini degli altri paesi europei⁹², che si trasferiscono in Spagna e hanno diritto al rimborso dell'assistenza sanitaria spagnola da parte del sistema previdenziale del paese di origine.

7.- Le nuove frontiere: l'informatizzazione nei servizi sanitari pubblici.

La regolamentazione del diritto all'assistenza sanitaria dunque è diventata alquanto complicata in entrambi i paesi: la realizzazione dell'aspirazione iniziale ad essere universalista, uguale per tutti e globale ha richiesto nel lungo periodo molteplici interventi. Eppure, una volta raggiunto l'obiettivo, entrambi i sistemi hanno invertito la marcia, per non dire che hanno subito una vera e propria

⁸⁷ Ley 16/2003, cit.

⁸⁸ Ley 33/2011, cit.

⁸⁹ Real Decreto Ley 16/2012, cit.

⁹⁰ Art. 2.1.b RD 1192/2012.

⁹¹ Art. 5 Real Decreto 1192/2012.

⁹² Cfr. ABELLÁN PERPIÑÁN (a cura di), *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas*, cit., 263 s.

involuzione, vista l'oscurità e l'ingarbugliamento delle più recenti normative. Il sistema del ticket con le sue esenzioni, la differenziazione in rapporto agli aventi diritto tra tipo di prestazioni, modalità del servizio e gravità delle malattie hanno moltiplicato le combinazioni possibili.

L'informatizzazione è venuta in aiuto dei due sistemi. Tranne per le donne incinte, i minori e le urgenze dovute ad infortuni o malattie gravi, che in entrambi i paesi hanno diritto senza eccezione, l'assistenza sanitaria pubblica italiana e spagnola è legata all'attribuzione da parte della pubblica autorità di un codice di identificazione. Il codice permette agli sportelli di accoglienza presso le strutture sanitarie di classificare automaticamente ogni utente e, di conseguenza, di conoscere i suoi diritti, i suoi oneri e l'ammontare del ticket da pagare.

Prima è stata introdotta la carta sanitaria elettronica⁹³, che è diventata negli anni il supporto informatico per eccellenza dei sistemi sanitari pubblici. Si tratta di un documento amministrativo che stabilisce lo status sanitario del titolare e contiene i suoi dati e la sua classificazione in relazione al sistema sanitario di appartenenza.

In Italia e in Spagna, dove i sistemi sanitari sono molto decentralizzati, l'introduzione della carta sanitaria è stata fondamentale anche per garantire il coordinamento e la compartecipazione alle informazioni a livello nazionale. La carta sanitaria permette infatti al titolare e agli operatori di accedere alle informazioni senza limiti geografici.

Dal 2004 questo strumento è stato uniformato a livello europeo e le carte nazionali sono divenute allo stesso tempo carte europee di assicurazione malattia. Attraverso questa carta l'utente, indifferentemente da dove si trovi in Europa, può ricevere cure e prestazioni sanitarie.

Di fatto negli ultimi anni la salute digitale è andata ancora oltre verso un'informatizzazione totale. In Italia dopo il 2012⁹⁴ è possibile unificare sullo stesso supporto la carta sanitaria e la carta d'identità come una sorta di documento unico, che permette l'identificazione e la registrazione di ogni cittadino e allo stesso tempo l'accesso a tutti i servizi offerti dalla pubblica amministrazione sul posto o online.

Su impulso dell'Unione Europea⁹⁵ si è avviato, inoltre, il progetto dei sistemi sanitari integrati in rete, il cui obiettivo è l'incremento dell'interoperatività dei servizi sanitari oltre le frontiere

⁹³ In Spagna la *Tarjeta sanitaria individual* è stata introdotta dall'art. 57 della Ley de Cohesión y Calidad del SNS. In Italia la *Tessera sanitaria* è stata introdotta dall'art. 50, co. 2, d.l. 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modifiche nella l. 24 novembre 2003, n. 326, Disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie.

⁹⁴ D. l. 18 ottobre 2012, n. 179 (decreto Crescita bis), convertito nella l. 17 dicembre 2012, n. 221.

⁹⁵ Già nel 2002 la Commissione europea ha proposto l'introduzione di una carta della salute elettronica individuale contenente tutti i dati medici e amministrativi relativi a ciascun cittadino dei paesi membri. Il 2 luglio 2008 è stata redatta una Raccomandazione (2008/594/CE) sull'interoperabilità transfrontaliera dei sistemi delle cartelle cliniche informatizzate. In seguito, il 19 maggio 2010 la Commissione europea ha presentato la strategia numerica, che costituisce uno dei sette pilastri della strategia Europa 2020. Il termine per raggiungere gli obiettivi di semplificazione del rapporto tra cittadini e sistema sanitario per via digitale era fissato per i paesi membri al 2015.

amministrative e nazionali. Fulcro del progetto è l'informatizzazione delle cartelle cliniche; ma esso comprende altresì le ricette mediche elettroniche, i servizi sanitari a distanza e l'assistenza a domicilio. Gli ultimi sforzi dei governi spagnolo⁹⁶ e italiano⁹⁷ dunque hanno messo l'accento sul miglioramento qualitativo delle cure e della sicurezza dei pazienti, cui può dar luogo l'accesso a cartelle cliniche elettroniche complete e protette.

Su quest'ultimo aspetto l'azione legislativa non ha eluso la questione dell'individuazione di mezzi idonei a garantire la segretezza nel trattamento di dati così sensibili. È un processo ancora in corso che occuperà nei prossimi anni gli esperti europei dei differenti settori coinvolti.

8.- Conclusioni.

Nella prospettiva comparatistica l'analisi ha mostrato una storia dei sistemi sanitari italiano e spagnolo alquanto simile. Originariamente entrambi i sistemi hanno ripreso il modello *bismarkiano*, benché dopo la caduta dei regimi totalitari fascista e franchista le rispettive costituzioni nazionali hanno imposto – anche in materia di salute pubblica – l'applicazione dei principî di universalità, uguaglianza e globalità. Lentamente, ma in conformità con gli obiettivi costituzionali, i due paesi hanno cambiato i loro sistemi sanitari e i meccanismi del loro finanziamento. I sistemi sanitari nazionali italiano e spagnolo dunque ad un certo punto assicuravano la copertura sanitaria a tutte le persone presenti sul loro territorio attraverso il gettito fiscale generale. Tuttavia, contemporaneamente ad un approccio verso una assistenza universalistica, i costi di gestione della macchina sanitaria sono talmente aumentati che i governi per rimediare hanno dovuto introdurre correttivi, che nel tempo hanno nuovamente allontanato i due sistemi dagli obiettivi inizialmente fissati.

Dall'analisi è risultato che la decentralizzazione, una delle misure disposte al fine di contenere la spesa pubblica in sanità che i sistemi italiano e spagnolo hanno in comune, ha apportato un miglioramento generale dell'efficienza e della qualità delle prestazioni sanitarie, dovuta ad un

⁹⁶ Art. 56 Ley 16/2003, cit., (*Receta médica electrónica*) R.D. 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Le informazioni sulla diffusione si trovano all'indirizzo <http://www.msssi.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm> L'Estremadura è la sola comunità autonoma ad aver messo in atto il digitale.

Il progetto *Sanidad en Línea* è partito nel 2006. I risultati, che ha raggiunto finora, sono esposti nell'*Informe anual de Sistema Nacional de Salud 2012*, versione rivisitata nel giugno 2015, 135 ss. Cfr. Anche MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL, *El Sistema de Historia clínica digital del SNS*, 2012, consultabile all'indirizzo: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/HCDSNS_Castellano.pdf

⁹⁷ (*Tessera sanitaria elettronica*) L. 24 novembre 2003, n. 326, Definizione dei parametri tecnici della Tessera Sanitaria; Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze, 25 febbraio 2010. (*Cartella clinica elettronica*) Art. 47-bis d.l. 9 febbraio 2012, n. 5, convertito nella L. 4 aprile 2012, n. 35, Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo; artt. 12-13 *bis* d.l. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito nella l. 17 dicembre 2012, n. 221, Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese; dpcm, 14 novembre 2015. (*Fascicolo sanitario elettronico*, FSE) D.l. 21 giugno 2003, n. 69, convertito nella l. 9 agosto 2013, n. 98; dpcm, 29 settembre 2015, n. 179.

controllo più capillare della macchina pubblica. Il miglioramento, tuttavia, non si mostra sempre uniforme sul territorio nazionale, minando il principio di uguaglianza dell'assistenza tra gli utenti.

In aggiunta, a seguito della crisi finanziaria, la limitazione del finanziamento da parte dello Stato, la conseguente introduzione di imposte locali per le spese relative alla salute, unite al rigore di bilancio imposto alle strutture sanitarie hanno ridotto da forte a moderato il carattere universalista di entrambi i sistemi. Lo strumento scelto per affrontare la crisi è stato il ticket: introdotto inizialmente per arginare gli abusi nel ricorso all'assistenza, è divenuto nel tempo mezzo di cofinanziamento della spesa pubblica da parte degli utenti. Tuttavia, in Italia in particolare si registra una importante disomogeneità delle tariffe dei ticket da regione a regione.

La demagogia della politica ha inoltre suggerito la creazione in entrambi i paesi di liste di prestazioni, servizi, medicinali, malattie etc. Con la pretesa di costituire una razionalizzazione della materia volta a migliorare l'assistenza, queste liste si sono viceversa rivelate strumenti per la riduzione dei servizi offerti dallo Stato in contrasto con il principio di globalità: nella prassi per esempio sia in Italia che in Spagna la prevenzione e la riabilitazione sono troppo spesso ignorate. Queste liste sono allo stesso tempo utilizzate per dissimulare la contrazione della spesa pubblica⁹⁸: è sufficiente intervenire sulle liste o lasciarle inalterate per anni per far fronte alle esigenze di bilancio in modo non palese. La stessa introduzione della carta sanitaria elettronica operata in tutta Europa è stato un modo per porre in essere un controllo amministrativo e finanziario, oltre che per facilitare l'accesso ai servizi e alle informazioni da parte degli utenti.

Nondimeno i dibattiti sull'opportunità di adottare una strategia più concorrenziale di quella programmatica e burocratica delle origini e la sua realizzazione attraverso interventi legislativi hanno trasformato le strutture sanitarie in aziende aventi sempre più come scopo il rispetto del budget previsionale, che diminuisce di anno in anno con costanza, che la salute e l'assistenza agli utenti. La partecipazione di fornitori privati alla macchina sanitaria ha aiutato in termini di competitività e ha aumentato l'offerta di servizi e cure, ma si presenta in pratica come un'alternativa all'assistenza pubblica: gli utenti sono invitati a sottoscrivere un'assicurazione malattia privata; se possono pagarla, vengono loro offerti gli stessi servizi con tempi di attesa molto inferiori, servizi accessori o la scelta del medico curante. Il mercato della salute, come tale, è naturalmente votato al profitto tanto che nelle strutture pubbliche si può scegliere anche il regime di assistenza privata, pagando personalmente o tramite la propria assicurazione, la totalità dei costi per le cure, gli esami diagnostici, le visite specialistiche e/o i servizi accessori.

⁹⁸ TORBICA e FATTORE, *The 'Essential Levels of Care' in Italy: when being explicit serves the devolution of powers*, in *Health Economics*, 2005, 6, 46 ss.

Le possibili derive dell'aziendalismo nella sanità pubblica sono state tuttavia arginate nei sistemi c.d. misti - dove il pubblico si struttura su logiche manageriali e il privato coadiuva e integra il servizio pubblico - con il progressivo coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali delle politiche sanitarie e nella gestione dell'erisorse destinate alla loro realizzazione⁹⁹.

Peraltro, il carattere misto, pubblico-privato, che è originario del modello *bismarkiano* e che ha qualificato l'approdo del modello *beveridge* nella fase più matura, come si è descritto per Spagna e Italia, una volta introdotti i necessari anticorpi, accogliendo la partecipazione di laici e degli stessi professionisti ai processi decisionali e gestionali, è stato in grado di raggiungere un importante efficientamento del servizio e la massimizzazione dei costi.

In conclusione, benché nel mondo intero i sistemi sanitari stiano attraversando una crisi di risorse¹⁰⁰ e si segnali una progressiva erosione dei principi di uguaglianza, universalità e globalità rispetto al modello ideale di SSP, le analisi economiche dipingono un quadro dove l'approccio liberista perde rispetto ai modelli misti¹⁰¹ e il modello più performante e virtuoso risulta essere proprio quello *beveridge*. Non per niente, come sottolineato in apertura, Spagna e Italia hanno occupato negli ultimi due decenni le prime posizioni delle classifiche mondiali. Se questa circostanza dà riscontro di uno sviluppo parallelo e coerente dei due sistemi, cionondimeno la discontinuità registrata negli interventi legislativi più recenti fa temere una divaricazione nel destino futuro di ciascuno con una tenuta maggiore rispetto al modello SSP originario del sistema italiano in confronto con quello spagnolo riguardo al carattere universalistico dell'assistenza sanitaria¹⁰², mentre l'inverso rispetto all'uguaglianza effettiva di qualità e accesso ai servizi per tutti i cittadini¹⁰³.

⁹⁹ Sul punto si permetta di rinviare a A. DIURNI, *I diritti collettivi dei pazienti nel panorama europeo*, in *Persona e attività economica tra libertà e regola. Studi dedicati a Diego Corapi*, a cura di De Donno e al., Napoli, 2016, vol. I, p. 319 ss.

¹⁰⁰ Basti pensare che dall'introduzione nel gennaio 2012 nella Costituzione italiana del principio del pareggio del bilancio, il fabbisogno sanitario nazionale viene determinato "nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria" secondo i principi del federalismo fiscale regionale (artt. 25-32 d.lgs. 68/2011). I tagli al Fondo Sanitario Nazionale da allora sono stati notevoli e altri sono previsti nel triennio 2016-2019.

¹⁰¹ Online sono disponibili le Statistiche dell'OECD sulle *Healthpolicies*: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

¹⁰² Si veda la diversa disciplina dell'assistenza agli stranieri. I dati sono dettagliati sul sito demoskopika.eu all'indirizzo <http://www.sicurezzaigiustiziaelegalita.it/wp-content/uploads/2017/02/demoskopika.pdf>

¹⁰³ Si vedano le osservazioni di RICCIARDI in nota 4 e, invece, il funzionamento del *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* in nota 49.