numero 1/2024

ISSN 3035-1839
DOI: 10.69099/RCBI-2024-1-01-87e

costituzionalismo britannico e irlandese

Osservatorio irlandese

Il “riformismo conservatore” del sistema sanitario irlandese

Simone Pitto
Assegnista di Ricerca in Diritto Pubblico Comparato, Università di Genova

costituzionalismo britannico e irlandese

numero 1/2024

Il "riformismo conservatore" del sistema sanitario irlandese**

di Simone Pitto*

Abstract (Ita): Lo studio esamina l'evoluzione del sistema sanitario irlandese, collocando le riforme nel contesto storico-costituzionale del paese e delle diverse risposte europee alla pandemia. Le riforme irlandesi recenti sono state influenzate dalla crisi finanziaria del 2008 e dall'emergenza da Covid-19, che ha colpito un paese ancora in ripresa. Prima della pandemia, l'Irlanda aveva avviato un ripensamento del sistema sanitario con l'Agenda Sláintecare 2017, un piano volto a introdurre un sistema di accesso generalizzato fondato sulla necessità clinica. La sua attuazione ha però subito vari ritardi. Il Recovery Plan del 2021 ha enfatizzato la digitalizzazione e l'efficienza economica, puntando a rivitalizzare il precedente iter di riforma. La politica sanitaria irlandese mantiene così l'agenda di riforme anteriore alla pandemia senza sostanziali modifiche volte a prevenire future crisi. La sfida principale resta l'attuazione delle riforme ed il coordinamento tra diverse strategie normative.

Abstract (Eng): The paper examines the evolution of the Irish healthcare system, situating the reforms within the country's historical and constitutional context and the various European responses to the pandemic. Recent Irish reforms have been influenced by the financial crisis of 2008 and the Covid-19 emergency, which impacted a nation still in recovery. Prior to the pandemic, Ireland initiated a rethinking of its healthcare system with the Sláintecare Agenda 2017, a plan aimed at introducing a generalized access system based on clinical need. However, its implementation has faced significant delays. The 2021 Recovery Plan emphasized digital transformation and economic efficiency, aiming to revitalize the previous reform process. Thus, Irish healthcare policy continues to follow the pre-pandemic reform agenda without substantial modifications aimed at preventing future crises. The principal challenge remains the implementation of the reforms and the coordination among various regulatory strategies.

Parole chiave: Sistema sanitario; Sláintecar; Emergenza pandemica; Costituzione irlandese

Keywords: Healthcare system; Sláintecare; Covid-19 Pandemic; Irish Constitution

Sommario: Introduzione

Introduzione

Il presente scritto si propone di analizzare l'evoluzione del sistema sanitario della Repubblica d'Irlanda negli ultimi decenni, inquadrando le riforme adottate nel contesto storico-costituzionale di tale ordinamento e nell'ambito delle diverse risposte normative approntate dagli ordinamenti europei a seguito della pandemia da Covid-19.

Dal punto di vista storico, il sistema irlandese presenta profili di rilevante peculiarità per quanto riguarda l'articolazione del sistema sanitario ed un percorso evolutivo recente marcato da altrettanti tratti distintivi, specie se rapportato a quello del "vicino" Regno Unito, ma anche ad altre esperienze dell'Europa continentale.

L'evoluzione legislativa del sistema sanitario negli ultimi anni è stata influenzata dall'incidenza di molteplici crisi, in particolare da quella economico-finanziaria del 2008 e, più recentemente, da quella pandemica. Oltre alla tragica perdita di vite umane, l'emergenza COVID-19 ha avuto un forte impatto sull'economia e sulla società irlandese, con un picco

** Contributo sottoposto a double blind peer review. Il presente contributo riprende, approfondendole e integrandole, alcune delle considerazioni riportate nello studio S. Pitto, *Irish Healthcare between the Sláintecare and the Recovery and Resilience Plan*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024.

* Assegnista di Ricerca in Diritto Pubblico Comparato, Università di Genova

di infezioni riscontrato nel 2021[1]. La pandemia ha colpito un paese che si stava ancora riprendendo da precedenti difficoltà finanziarie e si trovava ad affrontare anche le fasi finali della *Brexit*, con l'abbandono da parte del Regno Unito del mercato unico e dell'unione doganale[2].

Gli ospedali e le unità di terapia intensiva irlandesi, nella fase emergenziale, sono stati sottoposti a forti pressioni[3], sebbene non al livello di altri Paesi europei[4]. In un sistema già caratterizzato da una rilevante presenza del settore privato nella sanità, ciò ha contribuito a rendere più pervasive le interazioni tra attori pubblici e privati.

Ma il caso irlandese è particolarmente interessante anche da una prospettiva comparatistica: diversamente da altre esperienze europee, la pandemia ha colpito un paese che, già prima dell'emergenza, aveva avviato un profondo dibattito per una riforma sanitaria complessiva confluito nell'adozione dell'Agenda *Sláintecare* 2017, un piano a lungo termine destinato a rivoluzionare l'assistenza sanitaria irlandese[5].

Nonostante l'ingente spesa sanitaria *pro-capite*, infatti, in Irlanda sono state denunciate da anni difficoltà e problematiche strutturali del sistema sanitario, tanto da condurre il Prof. Martin Curly, esperto in sistemi sanitari dell'Università di Maynooth, a sostenere in un articolo del 2023 sull'*Irish Times*[6] che «tra tutti i sistemi sanitari globali, quello irlandese è forse il canarino nella miniera di carbone», alludendo alla fragilità del sistema sanitario

[1] ** Il presente contributo riprende, approfondendole e integrandole, alcune delle considerazioni riportate nello studio S. Pitto, *Irish Healthcare between the Sláintecare and the Recovery and Resilience Plan*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024. L'emergenza COVID-19 in Irlanda ha portato a un numero totale di casi confermati pari a oltre 1,7 milioni ed un totale di decessi pari a oltre 9000 casi. Cfr. https://covid19ireland-geohive, secondo dati basati sulle cifre ufficiali fornite dall'Health Protection Surveillance Centre (HPSC) e dall'Health Service Executive (HSE), aggiornati all'autunno 2023. Secondo il Piano di ripresa e resilienza irlandese, «nel 2020, il governo irlandese ha erogato quasi 16,8 miliardi di euro in interventi di spesa diretta in risposta agli impatti della pandemia, attraverso sostegni quali il pagamento per la disoccupazione pandemica, il regime di integrazione salariale per l'occupazione e il regime di integrazione salariale temporanea, e il regime di sostegno alle restrizioni COVID (...) Nel bilancio 2021 sono stati previsti altri 12 miliardi di euro di spesa».

[2] Dati i suoi stretti legami commerciali con il Regno Unito, si tratta di un fattore di non secondaria importanza considerato che l'Irlanda è stata, senza dubbio, uno dei Paesi che maggiormente ha risentito dal punto di vista economico della *Brexit*. Sull'argomento si veda la nota del Parlamento europeo «Brexit: conseguenze per l'Irlanda» secondo cui «L'Irlanda è il paese membro che sarà più colpito dalla *Brexit*».

[3] Fin dalle prime fasi della pandemia, il governo ha stipulato accordi con cliniche private per far fronte all'elevata domanda di ricoveri. Cfr. S. Burke, S. Barry, *et al.*, *Slaintecare-a ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, in *Health Policy*, n. 122, 2018, 1278-1282.

[4] Tra questi, in particolare, Spagna e Italia, dove la sofferenza degli ospedali è stata drammatica in molte fasi della pandemia. Cfr. J. Mercille, *Ireland's takeover of private hospitals during the COVID-19 pandemic*, in *Health Economics, Policy and Law*, n. 17, 2022, pp. 232-237.

[5] Sul punto si vedano le considerazioni di cui *infra* al par. 5.

[6] M. Curley, *Ireland's health system is one of the lowest performing in the northern hemisphere*, in *The Irish Times*, n. 21, 2023.

nazionale[7]. Malgrado la riconosciuta presenza di medici e strutture eccellenti, secondo lo studioso, *«il sistema sanitario irlandese è uno dei meno performanti dell'emisfero settentrionale»*[8].

Se questo è il bilancio a seguito della pandemia e delle precedenti crisi del sistema, va osservato che il cambiamento già in corso nel modello sanitario irlandese a seguito dell'adozione dell'Agenda *Sláintecare* 2017 pare suscettibile di essere ulteriormente alimentato dagli ingenti fondi del *Next Generation* EU. Il piano, lanciato dalla Commissione nel luglio 2020, ha previsto un pacchetto di finanziamenti complessivamente pari a 750 miliardi di euro destinati a sostenere la ripresa degli Stati membri dell'UE dopo l'emergenza pandemica[9].

Malgrado l'unicità del disegno del *Next Generation* UE, le risposte dei diversi Stati membri – affidate ai piani nazionali di ripresa e resilienza – sono state piuttosto diversificate, specie nel settore sanitario.

In generale, tutti i Paesi dell'UE hanno dovuto attivare misure urgenti di sanità pubblica e riorganizzare i servizi sanitari nazionali per contenere la diffusione del Covid-19. In alcuni casi, tuttavia, la crisi pandemica e i piani nazionali di ripresa hanno agito da catalizzatori per il cambiamento e lo sviluppo dell'organizzazione dei servizi sanitari e dei sistemi sanitari in generale, talora promuovendo un mutato ruolo del settore privato[10].

In termini generali, è stato individuato un primo tipo di risposta da parte di quei sistemi che hanno colto l'occasione per avviare una ristrutturazione generale dei sistemi sanitari nazionali all'indomani della pandemia (ad esempio, l'Italia e, in parte, la Francia)[11]. Dall'altro lato, un secondo gruppo di paesi europei più "conservatori" ha preferito optare per

[7] Il Prof. Curly muoveva da una classificazione del 2021 del CEO World Ranking che poneva l'Irlanda all'ottantesimo posto per rendimento del sistema sanitario, in coda a numerosi paesi europei. La classificazione tiene conto di fattori quali la qualità degli operatori sanitari, delle strutture e dell'accessibilità alle cure e ai farmaci. Va peraltro rilevato che la stessa classificazione, aggiornata al 2024, vede invece l'Irlanda risalita al sesto posto nella classifica, documentando un miglioramento significativo delle prestazioni del sistema sanitario. I criteri utilizzati per tale *ranking*, peraltro, non appaiono di immediata individuazione. Altre classificazioni più trasparenti come il *ranking* di Statista, realizzato a partire da indici internazionali come il *Global Health Security Index* e lo *Universal Health Coverage Index* (entrambi curati dalla OMS), pongono l'Irlanda al 23° posto nella classificazione (aggiornata al 2023), anche in questo caso dietro numerosi paesi europei tra cui Svezia (9° posto), Germania (13° posto), Italia (17° posto), Francia (20° posto) e Austria (22° posto) ma davanti, tra gli altri, a Spagna (26° posto) e Regno Unito (34° posto).

[8] M. Curley, *op. cit.*, *passim*. Gli indici dell'OMS sopra indicati peraltro, non sembrano descrivere, almeno dai rilevamenti più recenti, un quadro a tinte così fosche o quantomeno indicano un miglioramento rispetto al 2021.

[9] I fondi del *Next Generation* EU sono destinati a sostenere i sistemi sanitari colpiti dall'emergenza sanitaria, ma anche ad investire in iniziative improntate alla sostenibilità e alla promozione della resilienza economica e la digitalizzazione dei servizi pubblici, affrontando al contempo le disparità sociali ed economiche esacerbate dalla pandemia. Più nel dettaglio, il pacchetto consiste in 390 miliardi di euro di sovvenzioni e 360 miliardi di euro di prestiti agli Stati membri. Per un'introduzione si veda B. De Witte, *The European Union's Covid-19 Recovery Plan: The Legal Engineering Of An Economic Policy Shift*, in *Common market law review*, n. 3, 2021, pp. 635-681 e R. Porras, J. María, *EU Next Generation-Europe's recovery and resilience plan: a revolution in economic governance of EU*?, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 4, 2021, pp. 821-852.

[10] R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. "Pietre miliari" per un confronto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 4, 2021, pp. 39-55.

[11] Cfr. R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE Online*, n. 1, 2023, pp. 417 ss.

un semplice rafforzamento del sistema sanitario, senza apportare modifiche strutturali alle sue caratteristiche principali (ad esempio, la Germania).

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, la prima parte del presente scritto cercherà di ricostruire il contesto storico-costituzionale irlandese rilevante per comprendere i caratteri principali del sistema sanitario di tale ordinamento. La seconda parte del contributo analizzerà invece il dibattito sulle riforme di tale sistema a partire dalla crisi finanziaria del 2008 fino ad arrivare al piano *Sláintecare* del 2017. Nelle sezioni successive verrà indagato l'impatto della pandemia sul sistema e la risposta costituita dall'*Irish Recovery and Resilience Plan* e, nell'ultima parte, si confronteranno gli aspetti chiave delle riforme irlandesi con altri piani di ripresa europei, cercando di analizzare le tendenze in atto e collocare la risposta dell'EIRE all'interno delle classificazioni generali poc'anzi evocate[12].

2. **Costituzione irlandese e sistema sanitario**

La Costituzione irlandese del 1937 è l'unica carta costituzionale adottata tra le due guerre attualmente ancora in vigore in Europa[13]. Il testo costituzionale combina elementi delle dottrine liberaldemocratiche con le matrici del costituzionalismo del *Commonwealth*[14] e un'ampia influenza culturale del cattolicesimo[15].

Nel contesto di questo studio, va innanzitutto notato che la Costituzione irlandese appartiene al gruppo di costituzioni prive di riferimenti espliciti ad un diritto alla salute generalizzato. Infatti, essa non riconosce alcun obbligo specifico di garanzia della salute dei cittadini a carico dello Stato[16]. L'unico riferimento potenzialmente rilevante è contenuto nell'articolo 45, secondo cui lo Stato è chiamato a garantire che la salute dei lavoratori non venga abusata nelle attività lavorative[17]. La disposizione è inclusa nella sezione dedicata ai

[12] Dal punto di vista metodologico, lo studio delle riforme irlandesi prenderà in considerazione soprattutto la letteratura irlandese e britannica e l'analisi dei documenti ufficiali emessi dalle autorità irlandesi e dalle istituzioni dell'Unione Europea.

[13] D.K. Coffey, *Drafting the Irish Constitution, 1935-1937 Transnational Influences in Interwar Europe*, Cham, Palgrave, 2018, p. 281.

[14] Apprezzabile, specialmente, in relazione alle istituzioni parlamentari.

[15] Ciò si riscontra ad esempio nel Preambolo, secondo cui: «*Nel nome della Santissima Trinità, da cui proviene ogni autorità e a cui, come fine ultimo, devono essere riferite tutte le azioni sia degli uomini che degli Stati, noi, popolo di Éire, riconoscendo umilmente tutti i nostri obblighi verso il nostro Divino Signore, Gesù Cristo, che ha sostenuto i nostri padri attraverso secoli di prove, ricordando con gratitudine la loro eroica e incessante lotta per riconquistare la legittima indipendenza della nostra Nazione, e cercando di promuovere il bene comune, con la dovuta osservanza della Prudenza, della Giustizia e della Carità, in modo che la dignità e la libertà dell'individuo possano essere assicurate, il vero ordine sociale raggiunto, l'unità del nostro Paese restaurata e la concordia stabilita con le altre nazioni, adottiamo, promulghiamo e diamo a noi stessi questa Costituzione*». Cfr. J.M. Kelly *et al*, *The Irish Constitution*, Dublin, Tottel, 2006, pp. 49 ss.

[16] Resta salva la garanzia dell'integrità fisica. Questa, a partire dal caso *Ryan v. Attorney General* [1965] IR 345, viene intesa come diritto a non veder la salute individuale pregiudicata dall'azione statale. Cfr. J.M. Kelly *et al*., *op. cit*., p. 1420.

[17] *Verbatim*: «*Lo Stato si sforzerà di assicurare che la forza e la salute dei lavoratori, uomini e donne, e la tenera età dei bambini non siano abusate e che i cittadini non siano costretti dalla necessità economica a intraprendere attività inadatte al loro sesso, età o forza*». Cfr. J.M. Kelly (ed.), *op. cit*. e O. Doyle, *The Constitution of Ireland: a Contextual Analysis*, Oxford, Hart, 2018, pp. 1-3, che hanno notato tra le peculiarità della Costituzione irlandese «l'enfasi sulla distintività nazionale del nuovo Stato e la sua fiducia nel ricco patrimonio intellettuale dell'insegnamento sociale cattolico».

"Principi Direttivi della Politica Sociale", che sono intesi come disposizioni politiche rivolte al Parlamento nazionale irlandese (*Houses of theOireachtas*)[18].

L'assenza di riferimenti generali alla salute e al sistema sanitario nella Costituzione irlandese non sorprende se si considera il clima culturale in cui fu adottata la Costituzione del 1937[19] ma anche la coeva situazione globale con riguardo alla tutela costituzionale della salute[20]. Nondimeno, vale la pena notare che negli anni precedenti alla pandemia e in particolare dopo l'insorgenza della Covid-19, si è sviluppato un certo dibattito in dottrina a favore dell'inserimento di un emendamento costituzionale per proteggere la salute dei cittadini[21].

In questo contesto, il sistema sanitario irlandese ha mantenuto elementi in comune con altre democrazie europee stabilizzate, uniti ad alcuni non trascurabili elementi di peculiarità.

Nonostante l'innegabile influenza iniziale del Regno Unito, di cui l'Irlanda ha fatto parte fino al 1921, il modello sanitario dell'Irlanda indipendente ha segnato fin dall'inizio una certa distanza da quello inglese, favorita dalla pervasiva influenza del cattolicesimo nell'intero sistema costituzionale[22].

La Repubblica d'Irlanda non ha dato rilievo prioritario alla materia sanitaria dal punto della spesa pubblica e dell'impegno finanziario, almeno fino al 1970, pur ottenendo negli anni Quaranta alcuni notevoli successi negli sforzi per sradicare la tubercolosi. Risale a questa prima fase una pietra miliare nell'evoluzione sanitaria del Paese costituita dall'istit-

[18] Secondo D.K. Coffey, *op. cit.*, 241, la disposizione fu influenzata dall'Enciclica papale del 1931 "*Quadragesimo Anno*", ma anche dalla Sezione V della Costituzione del *Reich* tedesco del 1919.

[19] Cfr. P. Biscaretti di Ruffia, *La Costituzione dell'Irlanda (Eire)*, Firenze, Sansoni, 1946, D.K. Coffey, *op. cit.*, pp. 281 ss. e O. Doyle, *op. cit.*, pp. 22 ss.

[20] Secondo un'indagine statistica, solo il 14% delle costituzioni dei 193 Paesi dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, esaminate nel periodo compreso tra il 2007 e il 2011, includeva riferimenti al diritto alla salute pubblica. Solo il 9% dei Paesi dell'Assemblea generale, inoltre, tutela il diritto all'assistenza medica gratuita, mentre un numero maggiore di costituzioni include l'assistenza medica (38%) e la salute in generale (36%). Si veda J. Heymann, A. Cassola, A. Raub, L. Mishra, C*onstitutional rights to health, public health and medical care: the status of health protections in 191 countries*, in *Global Public Health*, n. 6, 2013, pp. 639 ss.

[21] Si veda O. Bartlett, *Does Ireland need a constitutional right to health after the COVID-19 pandemic*?, in *Northern Ireland legal quarterly*, n. 2, 2022, pp. 365-379. La riflessione sulla revisione della Costituzione irlandese è peraltro proseguita, con riguardo ad altre tematiche, anche in tempi recenti. Nel marzo 2024 si sono infatti svolti due referendum costituzionali in merito a due proposte di revisione. La prima puntava ad estendere il concetto di famiglia per includere nella Costituzione anche le relazioni durature al di fuori del matrimonio. La seconda, invece, puntava ad abrogare il riferimento al ruolo della donna nella vita domestica («*life within the home*»), previsto dall'art. 41 della Costituzione. Con la netta vittoria del "no" ad esito delle consultazioni referendarie, la Costituzione irlandese rimane immutata.

[22] Si veda R. Barrington, *Health, Medicine and Politics in Ireland 1900-1970*, in *Dublin: Institute of Public Administration*, Dublin, 1987. Come hanno notato altri studiosi, data la debolezza del governo post-indipendenza e la scarsità di risorse, «la Chiesa cattolica colmò la maggior parte delle lacune nelle prestazioni sociali, tra cui la sanità, l'istruzione e il mantenimento dei poveri (all'epoca l'Irlanda era per circa il 95% cattolica)». Cfr. P.H. Heavy, *The Irish Healthcare System: A Morality Tale*, in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, n. 28, 2019, p. 4.

uzione del Ministero della Salute nel 1947[23].

Il contesto sociopolitico irlandese in materia di sanità, in una fase di profondo ripensamento a livello europeo, si è da subito mostrato freddo rispetto alle idee di riforma dei sistemi sanitari dell'epoca. Il rapporto *Beveridge* del 1942[24], in particolare, raccomandava un sistema completo di assicurazioni sociali e un Servizio sanitario nazionale chiamato ad offrire assistenza sanitaria gratuita a tutti i cittadini, senza barriere finanziarie[25]. Malgrado tracce della conoscenza del Rapporto *Beveridge* possano essere rintracciate anche in Irlanda, una proposta simile per un sistema sanitario completo nel paese ha incontrato una forte opposizione da parte della professione medica e del Dipartimento delle Finanze. Una delle obiezioni più comuni era che l'idea di un'assicurazione sociale universale – vista come una politica di *welfare* globale – non fosse essenzialmente sostenibile per l'Irlanda[26].

Di contro, la graduale evoluzione della politica sanitaria e sociale in Irlanda ha portato a un servizio sanitario a due livelli ("*two-tiers system*")[27]. Si tratta di un complesso sistema di servizi pagati con sovvenzioni pubbliche, uniti ad una combinazione di piani di assicurazione sanitaria statali e privati per la maggior parte dei servizi sanitari[28]. Per quanto riguarda le strutture ospedaliere, inoltre, il sistema degli ospedali pubblici, la maggior parte dei quali sono anche universitari, risulta supportato in misura non trascurabile dalle cliniche private[29].

Il modello così delineato ha subito nel tempo diversi interventi di riforma. Tra i principali e più recenti, vanno ricordati in particolare l'*Health Act* del 1970[30] e l'*Health Act* del 2004[31], il quale ha istituito l'*Health Service Executive*[32]. Occorre rilevare che la *governance* del sistema sanitario irlandese è attualmente di competenza Dipartimento della Salute, così come l'assegnazione dei fondi, mentre l'*Health Service Executive* (HSE), organismo governativo supervisionato dal Dipartimento della Salute, è incaricato della gestione dei servizi sanitari e sociali finanziati con fondi pubblici.

Nel complesso, l'accesso all'assistenza sanitaria in Irlanda si basa su una commistione tra pubblico e privato, anche se si può affermare che il sistema sanitario irlandese non risulta

[23] B. Harvey, *Evolution of health services and health policy in Ireland*, Dublin, Combat Poverty Agency, 2007, pp. 4 ss.
[24] *Report on Social Insurance and Allied Services*, UK Parliamentary Archives, BBK/D/495, 1942.
[25] Su questo tema si veda D. Béland *et al.*, *Translating social policy ideas: The Beveridge report, transnational diffusion, and post-war welfare state development in Canada, Denmark, and France*, in *Social policy & administration*, n. 2, 2022, pp. 315-328.
[26] Cfr. B. Harvey, *op. cit.*, pp. 4-5.
[27] S. Connolly, M.A. Wren, *Universal health care in Ireland-what are the prospects for reform*?, in *Health Systems & Reform*, n. 5.2, 2019, pp. 94-99.
[28] B. Harvey, *op. cit.*, p. 5.
[29] P. Heavy, *op. cit.*, pp. 276-30.
[30] Cfr. B. Harvey, *op. cit.*, *passim*.
[31] L'*Health Act* è reperibile all'indirizzo https://www.irishstatutebook.ie/eli/2004/act/42/enacted/en/html.
[32] B. Harvey, *op. cit.*, pp. 5-6.

caratterizzato da un accesso universale alle cure primarie ospedaliere[33].

Una componente importante (circa il 69%) dei servizi sanitari è finanziata dai contribuenti[34] mentre la restante parte è coperta da assicurazioni mediche private (circa il 13%)[35] e pagamenti effettuati direttamente dai beneficiari dei trattamenti sanitari (c.d. "*out-of-pocket payments*")[36].

Dato l'ingente costo complessivo per l'utenza, già con l'*Health Act* del 1970, è stata introdotta una forma di assistenza per una platea ridotta di utenti a basso reddito e anziani grazie alla previsione di agevolazioni. Una prima tipologia consiste nella *medical card* che consente l'accesso all'assistenza sanitaria pubblica senza costi aggiuntivi e con costi limitati per i farmaci[37]. Le GP *visit cards*, concesse a una minoranza di persone in base all'età o al reddito, permettono invece di evitare il pagamento delle visite presso i medici generalisti di base ("*general physicians*")[38].

In questo contesto, non sorprende che la copertura assicurativa privata sia diffusa e in costante crescita, raggiungendo circa il 53% della popolazione residente in Irlanda nel 2021[39]. Il sistema assicurativo privato è caratterizzato dalla presenza di un'Autorità pubblica per l'assicurazione sanitaria, istituita nel 2001, che ha il compito di regolamentare il mercato. Generalmente, le polizze assicurative private forniscono l'accesso alle cure mediche sia negli ospedali privati che in quelli pubblici.

Di conseguenza, un paziente che desidera accedere al sistema sanitario può prima consultare un medico di base (a proprie spese o tramite un'assicurazione privata salvo il possesso di una *card*), che può poi indirizzare il paziente ad altri specialisti.

In caso di urgenza, i pazienti possono accedere al sistema di assistenza emergenziale dell'ospedale locale. Nella maggior parte dei casi, però, saranno tenuti a pagare le prestazioni

[33] Si veda M.A. Wren, S. Connolly, *A European late starter: lessons from the history of reform in Irish health care*, in *Health Economics, Policy and Law*, 14, 2019, pp. 355-373.

[34] Gli studiosi sostengono che la componente di finanziamento fiscale risulta diminuita a seguito della crisi finanziaria del 2008. Cfr. M. Wren, S. Connolly, N. Cunningham, *An examination of the potential costs of Universal Health Insurance in Ireland*, Dublin, 2015, disponibile in www.esri.ie/publications/an-examination-of-the-potential-costs-of-universal-health-insurance-in-ireland.

[35] Ciò garantisce anche un accesso preferenziale all'assistenza sanitaria, come osservato da M.A. Wren, S. Connolly, *A European late starter*, cit., p. 357.

[36] Cfr. M.A. Wren, S. Connolly, *A European late starter*, cit., p. 357, ove si riportano i dati dell'*Irish Central Statistics Office* aggiornati al 2016.

[37] Chiunque viva in Irlanda per almeno un anno può fare domanda per il rilascio di una *medical card*.

[38] Inoltre, gli onorari delle visite sono stabiliti direttamente dagli operatori sulla base di una tariffa di mercato. La GP *card* consente, tuttavia, vantaggi più ridotti della *medical card*, atteso che restano a carico dell'utente i costi per i farmaci e gli altri servizi.

[39] Si veda la *consumer survey* dell'*Health Insurance Authority* "*A review of Private Health Insurance in Ireland 2021*". Va inoltre ricordato che l'Irlanda è un paese oggetto di interesse per molte multinazionali grazie al favorevole regime fiscale. Applica infatti per l'imposta sulle società un'aliquota pari a circa il 12,5%, circostanza che contribuisce ad indicare il Paese come un paradiso fiscale europeo. Si veda R. Dacher, *Hamiltonian shifts in state aid and the coming breakdown of the internal market: can the European union survive its covid-19 response?*, in *Cardozo Int'l & Comp. L. Rev., fall*, 2021, p. 13.

(direttamente o tramite la propria assicurazione), salvo siano in possesso di una *card*[40].

I pazienti con assicurazione privata hanno accesso al sistema sanitario privato, ove i servizi sono forniti a prezzi di mercato, potendo generalmente beneficiare di tempi di cura più rapidi anche negli ospedali pubblici. Gli altri pazienti (quelli senza tessera sanitaria) accedono al sistema sanitario pubblico, dove la qualità del servizio è generalmente inferiore e più lenta[41]. Tuttavia, anche i beneficiari della tessera sanitaria sperimentano spesso una qualità più limitata dei servizi resi in regime di assistenza pubblica e devono attendere più a lungo per molti trattamenti.

Negli ultimi decenni, il *two-tiers system* irlandese è stato consolidato dal crescente ricorso alle assicurazioni private e dall'aumento dei relativi premi assicurativi[42]. L'Irlanda si è infatti posizionata tra i primi posti nell'Unione Europea per la spesa assicurativa privata nel settore sanitario[43].

Questo modello si è rivelato distinto dalle principali alternative europee rappresentate dal modello Bismarck, basato sul "principio assicurativo", e dal modello *Beveridge*. In breve, mentre nel modello *Bismarck*, basato sul paradigma dell'assicurazione sanitaria sociale (SHI), i residenti sono obbligati a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria fornita da assicuratori pubblici o privati, i modelli ispirati al sistema *Beveridge* sono universalistici e finanziati con fondi pubblici, con servizi sanitari solitamente forniti a spese della fiscalità generale (ad esempio Italia, Spagna, Regno Unito)[44].

Sebbene i due sistemi abbiano mostrato una certa convergenza negli ultimi decenni[45], è d'uopo rilevare che l'Irlanda può difficilmente collocarsi all'interno dei confini di un sin-

[40] Le *medical card* sono lo strumento principale per fornire un accesso diffuso ai servizi sanitari ai beneficiari a basso reddito. Secondo dati aggiornati al 2017, le tessere mediche hanno coperto circa il 35% della popolazione irlandese: si veda lo studio del Centre for Health Policy and Management, Trinity College Dublin, "*Pathways Indicators*", in www.tcd.ie/medicine/health_policy_management/research/current.

[41] Cfr. M.A. Wren, *Unhealthy State: Anatomy of a Sick Society*, Dublin, New Island, 2003, pp. 140 ss. Per una chiara spiegazione del sistema sanitario in Irlanda e del suo costo medio si veda l'esempio fornito da S. Thomas, *op. cit.*, p. 292: *verbatim*: «La popolazione può essere divisa in due categorie, determinate dall'Health Act del 1970. Nella categoria 1 ci sono le persone con tessera sanitaria concessa attraverso il General Medical Scheme (GMS), che viene assegnata principalmente sulla base del basso reddito, dopo un severo test sui requisiti (...) Nella categoria 2 versano coloro che non hanno ottenuto una *medical card*, stimati intorno al 64% della popolazione nel 2016, che di conseguenza devono pagare i prezzi di mercato per l'accesso al medico di base (...) Ad esempio, i pazienti pagano in media 52,50 euro per ogni visita dal medico di base e fino a 144 euro al mese per la prescrizione di farmaci. Mentre tutti hanno diritto all'assistenza ospedaliera pubblica, coloro che rientrano nella categoria 2 pagano 100,00 euro per ogni visita al pronto soccorso (senza l'invio di un medico di base) e 80,00 euro al giorno (con un tetto di dieci giorni all'anno) per le cure ospedaliere (cioè, 800,00 euro all'anno)».

[42] P. Heavy, *op. cit.*, p. 5.

[43] In particolare, al secondo posto dopo la Slovenia secondo T. Thomas, *op. cit.*, p. 295.

[44] Sui vantaggi e i limiti dei modelli si veda D. Béland, *et al.*, cit., pp. 315-328.

[45] Secondo T. Hoctor, *Beveridge Or Bismarck? Choosing The Nordic Model In British Healthcare Policy 1997–C.2015*, London, Routledge, 2021, ciò è dovuto al fatto che entrambi i sistemi hanno affrontato sfide simili e, segnatamente, l'espansione della domanda di assistenza sanitaria, un invecchiamento marcato della popolazione e l'incremento di disturbi sanitari dovuti ad uno stile di vita scorretto.

i pubblici e privati[46] e combina elementi di entrambi i modelli di sistema sanitario, portando gli studiosi a discutere sull'unicità del caso irlandese[47]. Alla luce della recente evoluzione, tuttavia, vale la pena notare che la particolarità del sistema irlandese risiede a ben vedere nel fatto che si tratta di «uno dei pochi sistemi ad alto reddito che non ha compiuto progressi significativi verso l'assistenza sanitaria universale»[48].

3. **La crisi della sanità in Irlanda e lo *Sláintecare***

Già prima della crisi pandemica, alcuni autori avevano ipotizzato l'esistenza di tracce di crisi nel sistema sanitario irlandese dovute, tra l'altro, alla carenza di posti letto, di medici, alla lunghezza delle liste d'attesa e agli standard qualitativi più scadenti rispetto agli altri Paesi dell'UE[49].

Le misure di austerità adottate in seguito alla crisi finanziaria del 2008 sembrano aver contribuito alla riduzione del personale e della capacità di spesa pubblica in materia sanitaria[50]. Il calo della spesa è stato anche una conseguenza degli elevati costi unitari dei servizi sanitari e dei farmaci rispetto ai valori riscontrabili in altri Paesi[51]. D'altra parte, va considerato che la spesa sanitaria irlandese in percentuale del PIL nel 2019 è stata stimata a circa il 6,7%, a fronte di una media europea pari al 10,9%[52].

Tuttavia, è nei primi anni dopo la crisi finanziaria del 2008 che si può fissare il momento centrale per l'emersione di una strutturata riflessione su una riforma globale del servizio sanitario nazionale in Irlanda[53]. Nel marzo 2011, il nuovo governo irlandese presieduto da Enda Kenny del *Fine Gael* in coalizione con il partito laburista si è impegnato a riformare il sistema sanitario. La spinta alla riforma è stata alimentata dalla diffusa insoddisfazione dell'opinione pubblica per le misure di austerità attuate dopo la crisi finanziaria, la quale

---

[46] Cfr. P. Heavy, *op. cit.*, p. 7, secondo il quale «il sistema privato si basa sul pubblico: la scuola di medicina è fortemente sovvenzionata dal governo; la formazione iniziale dei medici avviene in gran parte negli ospedali pubblici; i medici del sistema privato di solito svolgono contemporaneamente un lavoro nel sistema pubblico».

[47] Secondo M.A. Wren, S. Connolly, *op. cit.*, p. 356, ciò può essere dovuto anche alla combinazione unica nel caso irlandese di "cattolicesimo e politica medica" a cui è possibile aggiungere l'influenza del costituzionalismo di *common law*.

[48] Si veda S. Thomas, S. Barry, B. Johnston, R. Siersbaek, S. Burke, *Embracing and Disentangling from Private Finance*: *The Irish System*, in B. Thomas (ed.), *Is Two-Tier Health Healthcare the Future*?, Ottawa, University of Ottawa Press, 2020, p. 292.

[49] M.A. Wren, *Unhealthy state: Anatomy of a Sick Society*, Dublin, New Island, 2003, pp. 16 ss.

[50] Vale la pena notare che la principale fonte di finanziamento (cioè, la fiscalità generale) ha registrato una costante contrazione a partire dal 2004. Cfr. S. Thomas, *op. cit.*, p. 292.

[51] Id., pp. 293 ss.

[52] La spesa sanitaria pro-capite è tuttavia più vicina alla media dell'UE. Cfr. B. Turner, *Putting Ireland's health spending into perspective*, in *The Lancet*, n. 391, 2018, pp. 833-834. Si vedano anche le statistiche dell'Unione europea in https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#:~:text=All%20of%20the%20remaining%2014,and%20Romania%

[53] Su questo dibattito si veda *inter alios* S.A. Burke, C. Normand, *et al.*, *From universal health insurance to universal healthcare? The shifting health policy landscape in Ireland since the economic crisis*, in *Health Policy*, n. 3, 2016, pp. 235-240. Sulle ripercussioni della crisi finanziaria sulla garanzia dei diritti si veda invece E. Ceccherini (a cura di), *I diritti al tempo delle crisi*. *Nuove esigenze di ponderazione*, Napoli, Editoriale scientifica, 2018, *passim*.

ha colpito duramente l'economia irlandese tra il 2008 e il 2014. Ma anche dal riscontro delle scarse prestazioni dei servizi sanitari, nonché in ragione dell'aumento dei costi e dell'allungamento dei tempi di attesa.

È in questo contesto che la coalizione composta dal *Fine Gael*, il partito di centro-destra, e dal Partito Laburista Irlandese ha avanzato la proposta concreta di istituire un servizio sanitario universale che superasse il sistema a due livelli e desse priorità all'accesso in base al bisogno medico (*medical need*)[54].

Un primo passo in tal senso è costituito dall'adozione di Libro bianco sull'assistenza sanitaria universale nel 2014[55]. Esso mostra l'impegno a sostituire il sistema con un modello sanitario a "binario unico" (*single-tier system*), sostenuto da un'assicurazione sanitaria universale. Questo nuovo sistema doveva fornire un'assistenza integrata, sicura, tempestiva ed efficiente, più vicina al domicilio del paziente, con un sistema di priorità basato sui principi della parità di accesso alle cure e del bisogno medico piuttosto che sulla capacità di pagamento.

La proposta riecheggiava tratti dei sistemi di tipo bismarckiano uniti a caratteristiche simili ai modelli di assicurazione sanitaria universale a contribuzione eterogenea[56].

La campagna elettorale per le elezioni generali del 2016 ha visto un certo *favor* trasversale tra le varie componenti politiche (e l'opinione pubblica) per una riforma orientata ad un modello di assistenza sanitaria universale, benché in termini piuttosto vaghi[57].

Dopo le elezioni, nel 2017 viene pubblicato un ambizioso rapporto specifico sulla riforma sanitaria denominato *Sláintecare*[58], redatto da una commissione parlamentare rappresentativa di diversi schieramenti politici[59]. Il rapporto testimonia un accordo trasversale sulla riforma sanitaria, delineando un primo piano decennale strutturato per la trasformazione complessiva del sistema sanitario irlandese[60].

---

[54] Cfr. S.A. Burke, C. Normand, *et al.*, *op. cit.*, pp. 235-240. Va sottolineata anche l'influenza del contesto internazionale e del clima culturale su questa scelta. Nel 2005, l'Irlanda e altri Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno assunto un forte impegno a raggiungere la copertura sanitaria universale. Cfr. S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, cit., pp. 1283 ss.

[55] Disponibile al sito web https://www.imo.ie/policy-international-affair/overview/White-paper-on-Universal-Health-Insurance.pdf.

[56] In questa prima fase, la piena attuazione del piano di riforma era prevista per il 2019. Cfr. S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, in *Health Policy*, n. 122, 2018, pp. 1278-1282.

[57] Dopo le elezioni generali del febbraio 2016 per il rinnovo del *Dáil Éireann*, il partito *Fine Gael* del primo ministro Enda Kenny è riuscito a mantenere il maggior numero di seggi, anche se il governo di coalizione composto da *Fine Gael* e laburisti ha perso la maggioranza assoluta in Parlamento. Cfr. M. Gallagher, M. Marsh, *The election in context, in* M. Gallagher (ed.), *How Ireland Voted 2016*, London, Palgrave, 2016, *passim*.

[58] Rapporto del Comitato sul futuro della salute (Rapporto *Sláintecare*) disponibile su https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/32/committee_on_the_future_of_healthcare/reports/2017/2017-05-30_slaintecare-report_en.pdf.

[59] Il Comitato sul futuro dell'assistenza sanitaria era composto da membri di tutti i partiti politici e ha tenuto diverse audizioni e consultazioni pubbliche.

[60] Si veda V. Byers, *Health Care for All in Ireland? The Consequences of Politics for Health Policy*, in *World Medical & Health Policy*, n. 1, 2017, pp. 138-151.

L'obiettivo principale del piano può essere sintetizzato nell'istituzione di un'assistenza sanitaria universale che garantisca «servizi sanitari e sociali popolari, promozionali, preventivi, primari, curativi, riabilitativi e palliativi a tutta la popolazione irlandese, assicurando un accesso tempestivo a servizi di qualità, efficaci e integrati sulla base del bisogno clinico»[61].

Il piano è stato strutturato in cinque sezioni basate sulle proposte ricevute[62] e cioè «Profilo della salute della popolazione»[63], «Diritti e accesso all'assistenza sanitaria»[64], «Assistenza integrata»[65], «Finanziamento»[66] e «Attuazione»[67].

[61] Cfr. p. 55 del Rapporto e S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, cit., pp. 1280 ss.

[62] Si veda la pagina 14 del Rapporto.

[63] Ove si evidenzia la necessità di perseguire politiche di salute pubblica che diano priorità al benessere degli individui e riducano le disparità in materia di salute.

[64] La sezione raccomanda di stabilire per legge un chiaro diritto all'assistenza sanitaria universale. Questo obiettivo dovrebbe essere perseguito attraverso l'emissione di una *card* che consenta l'accesso ai servizi sanitari, tra cui la sanità pubblica, la prevenzione e l'assistenza primaria. Cfr. S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, cit., pp. 1280 ss.

[65] La sezione sottolinea l'importanza dell'assistenza integrata, che allinea i servizi sanitari lungo tutto l'arco della vita e consente agli individui di gestire la propria salute. La visione alla base di questa sezione è che «Un servizio sanitario nazionale per il XXI secolo deve raggiungere il "triplice obiettivo" dei sistemi sanitari migliorando l'assistenza, migliorando la salute e riducendo i costi». Si veda la pagina 18 del Rapporto.

[66] Secondo la sezione, il finanziamento del sistema sanitario dovrebbe avvenire attraverso un Fondo sanitario nazionale. Le risorse necessarie per finanziare questo fondo dovrebbero provenire dalla fiscalità generale, nonché da imposte e prelievi a destinazione vincolata. Questa soluzione è stata concepita alla luce della consapevolezza che la tassazione e l'assicurazione sanitaria sociale «sono forme superiori di finanziamento del sistema sanitario rispetto all'affidamento sui pagamenti esterni o sulle assicurazioni sanitarie private». Nondimeno, secondo il rapporto «la tassazione, pur essendo la principale fonte di finanziamento dell'assistenza sanitaria in Irlanda, non ha raccolto fondi sufficienti e sostenuti per fornire il diritto all'assistenza, gratuita al punto di erogazione». L'intenzione degli autori del rapporto è di provvedere, nel tempo, ad una riduzione della dipendenza dai pagamenti privati, con conseguente aumento della percentuale di finanziamento pubblico.

[67] La sezione sottolinea l'importanza di un'efficace attuazione delle politiche, partendo dallo studio di esperienze internazionali e nazionali. Si rimarca l'opportunità di istituire un Ufficio per l'attuazione del programma, onde evitare che «questo non sia solo un altro rapporto sul settore sanitario che non viene attuato».

Sono stati inoltre identificati otto principi fondamentali che dovrebbero guidare la transizione sanitaria[68].

In sintesi, la finalità principale apprezzabile all'interno dello *Sláintecare* è quella di intervenire su alcune delle principali problematiche strutturali dell'assistenza sanitaria in Irlanda. Si tratta, tra l'altro, della lunghezza delle liste d'attesa, dei costi elevati di prestazioni e farmaci e dell'assenza di un'adeguata assistenza comunitaria. Il tutto superando il sistema a doppio binario in favore di un modello sanitario unico fondato sulla necessità clinica piuttosto che sulla capacità reddituale dei pazienti.

Ma la visione dello *Sláintecare* si accompagna anche all'idea di un necessario decentramento del servizio sanitario che privilegi il bisogno clinico anche sul piano dell'assegnazione delle risorse. Sotto tale profilo, il piano prevede anche l'introduzione di sei nuove strutture sanitarie a carattere regionale nell'ambito dell'*Health Service Executive* (HSE)[69]. Tali organismi dovranno occuparsi della pianificazione ma anche della distribuzione dei finanziamenti assistenziali nelle aree di competenza[70].

Alla prova dei fatti, tuttavia, l'attuazione dello *Sláintecare* già prima della pandemia ha mostrato ripetuti ritardi e, in generale, progressi lenti e scadenze non rispettate[71], malgrado l'implementazione di organismi finalizzati a facilitarne l'attuazione come lo *Sláintecare Programme Office* (SPO) e lo *Sláintecare Implementation Advisory Council* (SIAC)[72].

La valutazione dottrinale sul piano è piuttosto polarizzata. È stato giudicato positivamente l'impegno ad eliminare i costi di accesso per alcuni servizi sanitari, come le cure primarie, nonché a garantire tempi di attesa conformi agli standard internazionali e un accesso tempestivo. Parimenti oggetto di rilievi prevalentemente positivi è stato il proposito di eliminare l'assistenza privata dagli ospedali pubblici e la previsione dell'opzione di un pagamento

[68] Questi includono i principi di: *Engagement*, il quale richiede la costruzione della fiducia pubblica e politica nel piano per la creazione di un sistema sanitario pubblico reattivo e paragonabile a quello di altri Paesi europei; *Nature of Integrated Care*, che garantisce che tutte le cure siano prioritarie per i pazienti; *Timely Access*, che prescrive la necessità di fornire un accesso tempestivo a tutte le cure sanitarie e sociali sulla base della necessità medica; *Free care*, che prevede l'offerta di cure gratuite e basate sulle esigenze cliniche dei pazienti piuttosto che sulla loro capacità di pagamento; *Cost-Effective Care*, che incoraggia l'accesso alle cure ed al livello di servizio più appropriato ed economicamente vantaggioso per il paziente, promuovendo il ruolo della prevenzione nelle politiche di salute pubblica; *Enabling Environment*, secondo cui si dovrebbe garantire che il personale del servizio sanitario sia adeguato, dotato di buone risorse e debitamente supportato; *Public Interest Spending*, un principio guida che raccomanda che i fondi pubblici siano utilizzati esclusivamente per il bene pubblico e, infine, *Accountability and Governance*, secondo il quale la responsabilità e la buona *governance* del sistema sanitario dovrebbero costituire la sua finalità primaria. Si veda sul punto S. Thomas, B. Johnston, S. Barry, R. Siersbaek, S. Burke, *Sláintecare implementation status in 2020: Limited progress with entitlement expansion*, in *Health Policy*, n. 3, 2021, pp. 277-283.

[69] Si tratta delle HSE «Dublin and Midlands», «Dublin and North East», «Dublin and South East», «Mid West», «West and North West», e «South West». Cfr. https://about.hse.ie/health-regions/.

[70] K. Schulmann, et al., *The role of governance in shaping health system reform: a case study of the design and implementation of new health regions in Ireland, 2018–2023*, in *BMC Health Services Research*, n. 24.1, 2024, p. 3.

[71] S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, cit., pp. 1281 ss.

[72] Quest'ultimo è stato successivamente sciolto.

itazioni principali del doppio accesso alle cure pubbliche[73]. Anche il passaggio a un trattamento basato sulle esigenze cliniche è stato prevalentemente oggetto di plauso[74].

Tuttavia, sono state evidenziate alcune limitazioni e carenze del piano. Tra queste, i costi associati al rimborso di alcune prescrizioni e farmaci nonché l'attenzione orientata alla riduzione o all'eliminazione delle tariffe solo per determinati tipi di assistenza piuttosto che alla fornitura di un accesso generalizzato alle cure[75].

È stato così rilevato che lo *Sláintecare* «pur fornendo un consenso politico, un piano e una strategia per raggiungere un sistema a un solo livello, in alcuni casi non riesce a raggiungere l'ideale dell'UHC [*Universal Healthcare* N.d.R.], a cui tutti i piani tendono in qualche misura»[76].

4. **Dopo la "tempesta": la risposta alla pandemia e il *Recovery plan* (IRRP)**

Le prime infezioni da COVID-19 in Irlanda sono state confermate nel febbraio 2020, mentre il primo decesso risale all'11 marzo. Complessivamente, ad agosto 2021, circa 350.000 persone (intorno al 7,1% della popolazione) avevano ricevuto una diagnosi positiva di COVID-19 attraverso i test di laboratorio[77].

Nel marzo 2020, l'Irlanda ha iniziato ad attuare misure di contenimento. Queste includevano la chiusura delle scuole, la limitazione degli assembramenti pubblici e la chiusura delle attività commerciali. Nel marzo 2020 sono state poi emanate misure limitative a livello nazionale che imponevano agli individui di rimanere entro due chilometri dalle proprie abitazioni. Tali restrizioni hanno iniziato a venir meno durante l'estate 2020.

Una nuova ondata ha in seguito colpito l'Irlanda nell'ottobre 2020, accompagnata da nuove restrizioni, pur se meno severe. Il picco dell'infezione è stato però raggiunto nel gennaio 2021, quando l'Irlanda ha registrato un tasso di infezione *record* di 921 casi settimanali ogni 100.000 persone[78].

Di fronte al quadro pandemico, va considerato che la Costituzione della Repubblica d'Irlanda del 1937 non conteneva alcuna disposizione specifica per regolare le emergenze sanitarie. L'unico riferimento a regimi straordinari si trova nell'articolo 28.3.3 della Costituz-

[73] Cfr. S. Thomas, B. Johnston, S. Barry, R. Siersbaek, S. Burke, *op. cit.*, pp. 278-279 e L. Marron, S. Burke, P. Kavanagh, *Changes in the use of acute hospital care in Ireland during the first wave of the COVID-19 pandemic in 2020*, in *HRB Open Research*, n. 4, 2022.

[74] Cfr. S. Barry, *et al.*, *Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland*, cit., pp. 1281 ss.

[75] Limitate sono anche le disposizioni relative all'assistenza domiciliare e all'assistenza sanitaria a domicilio.

[76] S. Thomas, B. Johnston, S. Barry, R. Siersbaek, S. Burke, *op. cit.*, p. 279.

[77] Questo dato si è rivelato leggermente inferiore alla media europea, pari all'8,2%. Cfr. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_ir_english.pdf. Inoltre, il tasso di mortalità è risultato inferiore di circa un terzo rispetto alla media europea. È importante considerare anche l'età media della popolazione irlandese: 38,8 anni nel 2022, mentre l'età media dell'UE era di 44,4 anni e quella italiana di 48 (Eurostat demography of Europe 2023 edition in https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/).

[78] Cfr. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_ir_english.pdf e A. Greene, *Ireland's Response to the Covid-19 Pandemic*, in *Verfassungsblog*, 11 aprile 2020.

ione che, pur menzionando la «*public safety*», nella lettura prevalente è riferito a conflitti bellici[79].

Nella Repubblica irlandese, a differenza di altri sistemi, non è stata neppure emessa alcuna dichiarazione formale di emergenza a seguito dello scoppio della Covid-19 per giustificare le disposizioni eccezionali introdotte e le corrispondenti "tensioni" nell'ambito della "costituzione materiale"[80], nonché per garantire i diritti individuali e le prerogative dell'*Oireachtas*[81].

La risposta irlandese alla COVID-19 è stata quindi coordinata dall'Ufficio del Primo Ministro, insieme al Dipartimento della Salute e all'HSE. Nel gennaio 2020 è stato istituito un comitato nazionale di emergenza per la salute pubblica, presieduto dal *Chief Medical Officer* e da altri esperti. Il comitato ha lavorato in stretta collaborazione con un altro organismo centrale di gestione delle crisi, il *National Crisis Management Team* e il *Crisis Communications Group* dell'HSE[82]. Un ulteriore comitato speciale di gabinetto trasversale sul COVID-19, presieduto dal Primo Ministro, è stato inoltre costituito con funzioni di coordinamento, per garantire una risposta governativa sinergica.

Come molti altri ordinamenti, anche il governo irlandese ha diffuso diverse linee guida per fornire chiarezza ai cittadini, alle imprese e agli operatori sanitari sulle misure emergenziali[83]. Vi è stato inoltre un utilizzo diffuso di sistemi di tracciamento dei contagi[84].

Il governo irlandese ha inoltre attuato diverse misure per migliorare la capacità di risposta del personale sanitario durante la pandemia. Il numero di dipendenti a tempo pieno all'interno dell'HSE è stato aumentato da 119.000 a 130.000 tra il 2019 e il 2021, e ulteriori misure hanno comportato un aumento delle ore di lavoro per il personale *part-time* e la riassunzione di medici in regime di pensionamento[85].

Anche il piano di vaccinazione ha svolto un ruolo chiave nel ridurre la mortalità e nella gestione della pandemia. La campagna di vaccinazione è stata lanciata nel dicembre 2020, dando priorità ai gruppi vulnerabili attraverso un ordine di somministrazione basato sull'età. Alla data dell'agosto 2021, in Irlanda erano state già somministrate più di 6,8 milioni di dosi di vaccino, con una percentuale vicina al 70% della popolazione totale che

[79] Cfr. A. Greene, *op. cit.*, p. 2, O. Doyle, cit., pp. 99 ss. e G. Sardi, *L'emergenza sanitaria da Covid-19 nella Repubblica d'Irlanda. Strumenti giuridici per contrastare la pandemia e conseguenze problematiche sulla protezione dei diritti fondamentali*, in *DPCE Online*, 2, 2020, pp. 1813 ss.

[80] Per riprendere un'espressione diffusa di C. Mortati, *La Costituzione in senso materiale*, Milano, Giuffrè, 1998. Per un'introduzione generale si veda J. Colón-Ríos, *"The Material Constitution", Constituent Power and the Law*, Oxford, Oxford Academic, 2020.

[81] A. Greene, *op. cit.*, pp. 3 ss.

[82] I *corpus* normativi più rilevanti emanati in questo periodo sono stati il *Public Interest Act* 2020 e l'*Emergency Measures in the Public interest (Covid-19) Act 2020*.

[83] Cfr. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_ir_english.pdf.

[84] Il cosiddetto *Ireland Covid Tracker*. Cfr. S. Burke, S. Thomas, R. Siersbaek, *Ireland's response to the coronavirus pandemic*, cit., *passim*.

[85] B. Kennelly, *et al.*, *The COVID-19 pandemic in Ireland: An overview of the health service and economic policy response*, in *Health Policy Technol.*, n. 4, 2020, pp. 419-429.

aveva ricevuto due dosi[86].

In questo contesto, nell'ambito del già citato *Next Generation EU*, il governo irlandese ha elaborato il proprio piano di ripresa (*National Recovery and Resilience Plan* 2021, di seguito anche "IRRP"), con un pacchetto di riforme del valore di circa 1 miliardo di euro fino al 2026[87]. Il piano, presentato alla Commissione europea il 29 maggio 2021, ha ricevuto rilievi positivi dalle istituzioni eurounitarie.

Un primo elemento da mettere in evidenza riguarda la scelta del governo irlandese di non optare per la richiesta di sostegno finanziario sotto forma di prestiti, motivata, tra l'altro, dall'elevato livello del debito pubblico dopo la crisi finanziaria[88].

In nuce, la strategia di ripresa irlandese ha cercato di facilitare una ripresa sostenibile, responsabile dal punto di vista ambientale e tecnologicamente avanzata, in linea con l'approccio complessivo alla ripresa economica perseguito dal paese, supportato da un sostanzioso piano di sviluppo nazionale da 165 miliardi di euro per il periodo 2021-2030. Conformemente alle condizioni del *Recovery and Resilience Facility*, il piano ha destinato almeno il 37% della spesa a iniziative legate al clima e il 20% a investimenti e riforme digitali. In particolare, il 41,9% delle risorse è stato destinato a iniziative ambientali e il 31,5% ad azioni tecnologiche[89]. Inoltre, l'IRRP ha affrontato le criticità economiche identificate nelle raccomandazioni specifiche dell'UE destinate all'Irlanda con il Piano di ripresa economica[90], sviluppato attraverso una consultazione pubblica piuttosto diffusa[91].

Complessivamente, le sovvenzioni ricevute dall'Irlanda sono state relativamente ridotte (circa lo 0,3% del PIL 2019) rispetto alla media UE pari al 5,2% del PIL. Anche per tali ragioni, si è stimato un limitato impatto diretto sugli indicatori macroeconomici dell'Irland-

[86] Cfr. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_ir_english.pdf.

[87] L'Irlanda riceverà circa 915 milioni di euro in sovvenzioni dal *Recovery and Resilience Facility*. Il piano è disponibile all'indirizzo https://www.gov.ie/en/publication/d4939-national-recovery-and-resilience-plan-2021/.

[88] Si veda A. Eustace, *National Recovery and Resilience Plan: Ireland*, in *Italian Labour Law e-Journal*, n. S.I. 1, 2022, p. 2.

[89] Si veda lo studio del Parlamento europeo "*Next Generation EU (NGEU) delivery – How are the Member States doing?*" disponibile all'indirizzo https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698848/EPRS_BRI(2021)698848_EN.pdf.

[90] Cfr. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_ir_english.pdf.

[91] Secondo il Piano, è stato istituito un particolare canale di discussione con le parti sociali e gli *stakeholder*, come sindacati e rappresentanti dei datori di lavoro. La politica del lavoro sembra peraltro essere la principale area di interesse della consultazione. Cfr. A. Eustace, *op. cit.*, p. 18.

a. La Commissione europea ha in particolare indicato un aumento intorno allo 0,3-0,5% del PIL irlandese entro il 2026[92].

Nelle intenzioni dei redattori, l'IRRP dovrebbe rafforzare ulteriormente la capacità del sistema sanitario di fornire servizi sanitari efficienti ed efficaci.

Un punto chiave del piano riguarda l'avanzamento dell'agenda strategica di riforma sanitaria dello *Sláintecare*, con l'impegno a migliorare l'accesso all'assistenza comunitaria e a ridurre gradualmente la presenza dell'assistenza sanitaria privata negli ospedali pubblici. A tal fine, il piano prevede diverse azioni tra cui (i) l'attuazione dello *Sláintecare consultant contract*, (ii) l'esecuzione dell'accordo GP 2019 tra la Irish Medical Organization e l'HSE per rafforzare l'assistenza comunitaria, anche attraverso un programma di gestione delle malattie croniche (CDM) e (iii) l'attuazione del programma *Enhanced Community Care*, in particolare tramite la creazione di reti sanitarie comunitarie operative[93].

L'IRRP ha anche delineato un nuovo quadro contrattuale per i medici consulenti che impediva loro di esercitare al di fuori del sistema sanitario pubblico, con l'apparente intenzione di investire nella qualità dei servizi sanitari pubblici rispetto a quelli privati. Un altro passo rilevante riguarda stato l'espansione dei servizi di assistenza primaria per affrontare le prestazioni insufficienti e le inefficienze dei costi del sistema sanitario irlandese, che erano in parte dovute alla pratica dei consulenti di dividere il loro tempo tra la sanità pubblica e il più redditizio settore privato. D'altra parte, lo stanziamento di 75 milioni di euro per le iniziative di "*eHealth*" era, tra l'altro, destinato ad aumentare l'uso della tecnologia nella prescrizione e nella gestione dei farmaci dei pazienti, contribuendo altresì a sostenere gli operatori sanitari che forniscono servizi nella comunità e a domicilio[94].

Le raccomandazioni specifiche per paese dell'UE a cui fa riferimento il piano irlandese si concentrano principalmente sul miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria e sull'aumento dell'efficacia dei costi delle strutture sanitarie. In effetti, nelle raccomandazioni specifiche per l'Irlanda del luglio 2020, il Consiglio ha evidenziato l'esistenza di squilibri macroeconomici, principalmente legati agli elevati livelli di debito pubblico e privato.

Nonostante gli sforzi in corso per l'attuazione dello *Sláintecare*, il Consiglio ha rilevato che, da un punto di vista strutturale, il sistema sanitario irlandese continua a lottare con problemi di efficienza, adattabilità, resilienza e accessibilità[95]. A tal fine, l'impatto che ci si

[92] Gli effetti indiretti derivano dal potenziamento economico dell'UE e dall'impatto transfrontaliero. Si veda lo studio del Parlamento europeo "N*ext Generation EU (NGEU) delivery – How are the Member States doing?*", in https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698848/EPRS_BRI(2021)698848_EN. Le disposizioni del Piano relative alla salute rientravano principalmente nella componente n. 3 del programma, che prevedeva la «ripresa sociale ed economica e la creazione di posti di lavoro». Tra queste spicca la Priorità 3.9. intitolata «Progredire nell'agenda strategica di riforma dell'assistenza sanitaria definita nell'ambito di Sláintecare, impegnandosi nell'attuazione di tre iniziative che migliorerebbero l'accesso alle cure nella comunità e avvierebbero il processo di rimozione dell'assistenza sanitaria privata dagli ospedali pubblici».

[93] Si veda la pagina 29 dell'INRRP.

[94] A. Eustace, *op. cit.*, p. 4.

[95] Si veda la pagina 9 della relazione "*Next Generation EU (NGEU) delivery – How are the Member States doing?*" in www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2021/698848/EPRS_BRI(2021)698848_EN.pdf.

aspetta dall'attuazione del piano irlandese comprende un miglioramento dell'accessibilità e dei tempi di somministrazione delle prestazioni sanitarie[96].

L'impostazione generale del piano, ad ogni modo, sembra suggerire la volontà delle autorità irlandesi di utilizzare la ripresa post-pandemia e i finanziamenti eurounitari del *Next Generation* come un'opportunità per dare impulso all'attuazione della riforma *Sláintecare.*

Malgrado il consenso sull'assistenza sanitaria universale in Irlanda abbia subito un consistente incremento negli ultimi anni ed a seguito dell'emergenza pandemica, una riforma profonda del sistema sanitario irlandese pare ancora in una fase iniziale e, sicuramente, è presto per un bilancio. Nondimeno, alcuni cambiamenti erano già stati attuati nel periodo immediatamente successivo alla pandemia. Tra questi, l'aumento generale dei *budget* per la sanità, l'introduzione degli *Individual health identifiers* (IHI), indicatori della situazione individuale dei pazienti, e l'aumento dei posti letto ospedalieri, tutti provvedimenti adottati in risposta alla pandemia. Inoltre, va osservato che il finanziamento per l'attuazione dello *Sláintecare* durante la pandemia ha superato per ammontare tutti gli stanziamenti degli anni precedenti[97].

Anche sul fronte del personale sanitario, vale la pena notare che dopo la riduzione del personale medico riscontrata durante e dopo la crisi finanziaria del 2008 – che ha raggiunto l'8,1% al suo picco – l'aumento del personale è stato particolarmente accelerato durante il periodo COVID-19. In meno di due anni, è stato infatti riscontrato un incremento pari all'8,9%, che corrisponde a circa 10.000 risorse[98].

Il ruolo primario di *Sláintecare* (piuttosto che del *Recovery Plan*) per il futuro della politica sanitaria irlandese sembra essere confermato anche dall'approvazione di un nuovo piano di attuazione denominato 2021-2023 *Sláintecare Strategic Implementation Strategy and Action Plan*[99].

Il piano mira a concentrare gli sforzi principalmente su due linee di iniziative. La prima, denominata «Migliorare l'accesso sicuro e tempestivo alle cure e promuovere la salute e il benessere», dovrebbe promuovere l'adozione di misure preventive e l'aumento della capacità di raggiungere gli obiettivi di *Sláintecare*, soprattutto in termini di tempistica dell'assistenza sanitaria.

Il secondo programma, dal titolo «Affrontare le disuguaglianze nella salute», invece, dovrebbe concentrarsi sulla creazione di un'assistenza sanitaria universale, attuata grazie ad

---

[96] Si veda la Decisione di esecuzione del Consiglio sull'approvazione della valutazione del piano di ripresa e resilienza per l'Irlanda del 16.7.2021 (COM/2021/419 definitivo) e A. Eustace, *op. cit.*, p. 5.

[97] S. Burke, *et al.*, *Building health system resilience through policy development in response to COVID-19 in Ireland: From shock to reform*, in *The Lancet Regional Health-Europe*, n. 9, 2021, *passim*. Il dato è però conforme alla tendenza degli ordinamenti europei all'aumento della spesa sanitaria in tale periodo.

[98] Cfr. F. Padraic, *et al.*, *Implications for health system reform, workforce recovery and rebuilding in the context of the Great Recession and COVID-19: a case study of workforce trends in Ireland 2008–2021*, in *Human Resources for Health*, n. 20.1, 2022, pp. 1-11.

[99] Il documento è stato pubblicato l'11 maggio 2021 ed è disponibile all'indirizzo https://www.gov.ie/en/publication/6996b-slaintecare-implementation-strategy-and-action-plan-2021-2023/.

undici progetti associati[100].

5. **Le riforme sanitarie irlandesi e le altre esperienze europee**

L'impatto della pandemia e la risposta all'emergenza sanitaria hanno costituito un importante *stress test* per la resilienza dei sistemi costituzionali. La gestione emergenziale si è rivelata un compito difficile per il legislatore in diverse aree e specialmente all'atto di effettuare un bilanciamento tra il diritto alla salute ed altri diritti e interessi sociali ed economici[101].

Un'altra preoccupazione centrale, a livello generale, è stata quella di garantire la separazione dei poteri nella fase di gestione dell'emergenza, durante la quale l'esecutivo ha spesso assunto un ruolo pervasivo, pur controbilanciato dalla presenza di esponenti del mondo scientifico e dei comitati tecnici. Inoltre, negli Stati decentrati, le emergenze sanitarie sono state talvolta accompagnate da una centralizzazione delle funzioni, che talora ha condotto a conflitti tra i diversi livelli di governo[102].

Date queste premesse, può osservarsi che il piano irlandese sembra essersi basato sull'idea che le autorità irlandesi abbiano gestito la pandemia in modo adeguato e, pertanto, fosse opportuno concentrarsi sull'attuazione del programma di riforma definito nello *Sláintecare*, piuttosto che riorganizzare il sistema sanitario *ex novo*[103]. Ciò può essere meglio compreso confrontando il piano irlandese con altri piani di risanamento nel contesto europeo.

Un primo elemento peculiare riguarda l'assenza dell'assistenza sanitaria come componente autonoma o ideale pilastro del Piano irlandese. L'IRRP prevede infatti 3 componenti principali: la componente 1, intitolata «Avanzamento della transizione verde», punta a rafforzare gli investimenti per la sostenibilità delle attività economiche e la transizione verde dell'Irlanda. La seconda, denominata «Accelerare ed espandere le riforme e la trasformazione digitale», ha posto la digitalizzazione al centro dell'agenda politica, al fine di mo-

[100] Tra gli altri si segnalano: Progetto 1 – Sviluppo di un Masterplan per l'assistenza ai cittadini; Progetto 2 – Attuazione del programma *Sláintecare Healthy Communities*; Progetto 3 – Sviluppo di aree sanitarie regionali; Progetto 4 – Attuazione della politica e del piano d'azione sull'obesità: 2016 – 2025.

[101] Cfr. V. Piergigli, *Corti costituzionali e diritti ovvero l'onda lunga della risposta istituzionale all'emergenza sanitaria. Quali prospettive per il post-pandemia*?, in *DPCE Online*, n. 1, 2023, R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia*, cit., pp. 39-55.

[102] Questo è accaduto ad esempio nel caso italiano ma anche in quello spagnolo. Si vedano su questi aspetti *ex multis* N.C. Steytler (ed.), *Comparative Federalism and Covid-19*, London, Taylor & Francis, 2022, L. Cuocolo (a cura di), *I diritti costituzionali di fronte all'emergenza Covid-19: una prospettiva comparata*, in *Federalismi.it*, 2020, pp. 46 ss., R. Tarchi, *L'emergenza sanitaria da Covid-19: una prospettiva di diritto comparato. Riflessioni a margine di un seminario pisano*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1, 2020, M.C. Pérez Sánchez, *Derecho de Excepción, Constitución y Covid 19. Luces y Sombras Del Estado de Alarma En El Contexto Actual*, in *Política y sociedad*, n. 2, 2022.

[103] Invero, il ruolo di supporto del Piano rispetto all'attuazione di *Sláintecare* è stato sottolineato dal Consiglio nella decisione di esecuzione sull'approvazione della valutazione del piano di ripresa e resilienza per l'Irlanda del 2021. In tale decisione, l'istituzione europea ha affermato che «L'efficacia dei costi, l'accessibilità e la resilienza del sistema sanitario dovrebbero essere affrontati anche dal RRP. Una misura di riforma dovrebbe sostenere l'attuazione di *Sláintecare*, un'importante iniziativa di riforma sanitaria nazionale a lungo termine attualmente in corso, che mira a realizzare un moderno sistema sanitario universale a un solo livello in cui tutti hanno uguale accesso ai servizi in base al bisogno e non alla capacità di pagare».

ico e creazione di posti di lavoro», è stata dedicata a mitigare l'impatto sociale ed economico della pandemia in Irlanda, con l'obiettivo primario di facilitare il reinserimento della forza lavoro e di preparare i cittadini ad affrontare le sfide economiche future. Di contro, l'impegno per una «Riforma dell'assistenza sanitaria» compare solo come ultimo sottoobiettivo (n. 3.9) della Componente 3, indicando l'intenzione del governo irlandese di proseguire l'agenda strategica di riforma sanitaria definita nell'ambito di *Sláintecare*.

Tale scelta ha marcato la distanza del caso irlandese da altri piani di ripresa europei, nei quali le riforme sanitarie costituivano una componente prioritaria. È il caso, tra gli altri, dell'Italia, con la Missione 6 del PNRR, della Slovacchia con l'Area 4 del suo Piano di ripresa, della Finlandia con la Linea 4 del suo Piano di ripresa e resilienza dedicata alla salute e ai servizi sociali, della Repubblica Ceca, della Romania e della Grecia.

In effetti, il Piano italiano di ripresa e resilienza (PNRR), pur muovendo dall'idea di una valutazione complessiva dell'adeguatezza della risposta italiana alla pandemia, come nel caso irlandese, prevedeva una serie di obiettivi di ristrutturazione dei servizi sanitari alla luce di alcuni aspetti evidenziati dalla pandemia[104]. In sintesi, la strategia dell'Italia ruotava attorno al miglioramento delle infrastrutture sanitarie a livello regionale e allo sfruttamento del potenziale delle tecnologie sanitarie digitali[105]. Un punto comune riguarda il problema del personale e delle risorse umane per i servizi sanitari, emerso sia nel caso italiano[106]. Inoltre, il PNRR italiano sembra condividere con quello irlandese l'intenzione di investire sull'*E-Health*. Tuttavia, mentre la digitalizzazione dei servizi sanitari pare una delle principali preoccupazioni del piano irlandese, nel piano italiano questa assume un ruolo secondario[107].

La digitalizzazione dei servizi sanitari risulta invece particolarmente valorizzata anche nel *recovery plan* francese. Il *Plan pour la reprise et la résilience de la France* include la salute e la resilienza economica, sociale e istituzionale come pilastri della strategia di ripresa ma, soprattutto, prevede massicci investimenti nella sanità pubblica e l'adozione di una strategia naz-

[104] Si fa riferimento, tra l'altro, a significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare per quanto riguarda la prevenzione e la cura sul territorio, all'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali e agli elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni. Cfr. p. 225 del PNRR e G. Razzano, *La missione salute del PNRR. Le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2, 2022, pp. 1-36; B. Perego, *PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2023, pp. 99-113.

[105] Cfr. R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Pietre miliari per un confronto,* cit., *passim* e D. Morana, T. Balduzzi, F. Morganti, *La salute "intelligente": eHealth, consenso informato e principio di non discriminazione*, in *federalismi.it*, n. 34, 2022, pp. 127-151.

[106] Cfr. R. Balduzzi, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Pietre miliari per un confronto,* cit. pp. 39-55.

[107] Si veda la Missione 6 "Salute" della componente 1 del PNRR italiano intitolata «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria di comunità», nonché il Decreto Ministeriale 77/2022. Su questo tema si veda *amplius* R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., 420 e D. Morana, T. Balduzzi, F. Morganti, *op. cit.*, pp. 127-151.

ionale per le riforme sanitarie[108]. La modernizzazione degli ospedali e delle strutture residenziali per anziani e disabili costituisce un altro punto chiave del piano francese, che pare invece sviluppato in misura ben inferiore nella strategia di ripresa irlandese. Un interessante elemento comune tra il piano francese e il processo irlandese di approvazione dello *Sláintecare* riguarda invece la consultazione periodica degli *stakeholder* e, in alcuni casi, della generalità dei cittadini sulle principali decisioni di politica sanitaria nazionale. L'esperienza francese ha infatti evidenziato il ruolo svolto in questo contesto dal *Ségur de la santé*, un organo semipermanente sulla politica sanitaria. Di contro, un'analoga consultazione degli *stakeholder* nazionali e dei cittadini sembra mancare nel contesto italiano[109].

Sotto altro profilo, come nel caso dell'Italia, il governo francese ha approvato misure strutturali e investimenti ritenuti essenziali per una forte integrazione di tutte le diverse componenti dei sistemi sanitari al fine di evitare futuri collassi e garantire la resilienza dei servizi sanitari. Tra i meccanismi di integrazione tra sanità ospedaliera e sanità territoriale si possono menzionare i *soins hospitaliers*, ovvero i ricoveri di breve e media durata negli ospedali pubblici, e i *soins de ville*, ovvero i servizi sanitari erogati da professionisti del settore al di fuori del ricovero o del collocamento in strutture sanitarie e sociali, indicate anche come *établissements médico-social*[110].

Mentre uno sforzo simile sembra essere assente nel piano irlandese, l'obiettivo di raggiungere un sistema sanitario integrato rafforzando il legame tra la sanità pubblica e le istituzioni socio-sanitarie pubbliche e private può essere apprezzato nell'ambito delle iniziative finanziate dal Fondo per l'integrazione *di Sláintecare.* Secondo un recente rapporto pubblicato il 20 luglio 2022, dal 2019[111], il fondo ha stanziato ingenti risorse per sostenere più di cento progetti guidati dall'*Health Service Executive* (HSE) e da ONG, principalmente incentrati sulla transizione dei servizi sanitari alla comunità, esemplificando le migliori pratiche nella gestione delle malattie croniche e nell'assistenza extraospedaliera agli anziani[112]. Sebbene il rapporto evidenzi il possibile impatto positivo di questi progetti sul sistema sanitario, tra l'altro in ragione della riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle visite al pronto soccorso, va osservato che il risultato di queste iniziative difficilmente potrà sortire un eff-

[108] Cfr. https://minefi.hosting.augure.com/Augure_Minefi/r/ContenuEnLigne/Download?id=76326F03-443F-4B0E-9C33-BB5CA147E1F7&filename=PNRR%20- 20Synth%C3%A8se%20%28FR%29.pdf. Si veda P. Bisciari, W. Gelade, W. Melyn, *Plans nationaux de relance et de résilience de la France et de ses principaux pays voisins*, in *Revue française d'économie*, n. 36.3, 2021, pp. 19-64. Per un'introduzione al sistema francese si veda A. Laude, B. Mathieu, D. Tabuteau, *Droit de la santé*, Paris, Presses, 2009.

[109] Cfr. R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., 421 ss.

[110] R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., 421-422.

[111] Il rapporto è disponibile sul sito https://www.gov.ie/en/publication/025e7-slaintecare-integration-fund-end-of-programme-report-2022/.

[112] Un obiettivo del piano, d'altronde, era la responsabilizzazione degli individui ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute e la promozione di approcci innovativi all'assistenza sanitaria.

etto decisivo per il raggiungimento della resilienza del sistema sanitario, date le risorse limitate utilizzate, specie al confronto con l'esperienza francese[113].

Anche il piano di ripresa tedesco (DARP)[114] sembra presentare analogie con gli obiettivi generali del piano irlandese. Condivisa è innanzitutto l'idea di una risposta complessivamente positiva alla pandemia da parte del sistema sanitario tedesco. Pertanto, sono altre le questioni cui è attribuito un rilievo preminente all'interno del piano tedesco, come la transizione ecologica e la decarbonizzazione. Di contro, l'idea della necessità di un ripensamento ovvero di una profonda riforma del sistema sanitario tedesco sembra mancare nel DARP. Naturalmente, ciò non impedisce al piano di stanziare risorse per il rafforzamento del sistema sanitario e, in particolare, per lo sviluppo della capacità di resistere e gestire future crisi sanitarie[115].

Non sorprende, quindi, che anche il piano della Germania abbia posto l'accento sulla digitalizzazione dei servizi sanitari (altro elemento in comune con il caso irlandese) e sugli investimenti in risorse digitali per gli ospedali e le strutture sanitarie[116].

6. **Osservazioni conclusive**

Segnali di difficoltà del sistema sanitario irlandese e di ripensamento della sua organizzazione si sono riscontrati ben prima della pandemia. Le criticità emerse sono state sia "culturali" che funzionali, incidendo sulla qualità dei servizi sanitari e facendo emergere problemi come la carenza di posti letto, la mancanza di medici, le lunghe liste d'attesa e, in generale, una marcata disuguaglianza nell'accesso. L'Irlanda ha così intrapreso un percorso di riforma globale del proprio sistema sanitario già prima della pandemia. Se il momento iniziale di tale percorso va riscontrato all'indomani della crisi finanziaria del 2008, l'impegno dell'Irlanda verso una copertura sanitaria universale ed il superamento del sistema a due livelli è emerso lentamente ma chiaramente a partire dal secondo decennio degli anni Duemila e, in particolare, con il Libro Bianco del 2014. Il rapporto *Sláintecare* del 2017 ha poi condensato queste tendenze in un piano decennale di trasformazione del sistema sanitario irlandese, enfatizzando l'obiettivo di garantire una copertura universale e l'accesso basato sulle necessità cliniche, ottenendo peraltro un ampio consenso trasversale.

---

[113] Sul Fondo di integrazione *Sláintecare* si veda M. Farrell, *Leading an innovative approach to prevention, community care and integration of care in Ireland*, in *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, n. 22, 2022, *passim*.

[114] Conosciuto come DARP – *Deutscher Aufbau- und Resilienzplan*. Si veda per un'introduzione generale U. Villani Lubelli, *La pandemia del Covid-19 in Germania: le istituzioni sanitarie e politiche della Repubblica Federale alla prova dell'emergenza*, in *Res Publica: rivista di studi storico politici internazionali*, 1, 2021, pp. 195-205, L. Sandberg Päivi, M. Ruffert, *Next Generation EU and its constitutional ramifications: Una valutazione critica*, in *Common Market Law Review*, n. 59.2, 2022.

[115] Cfr. J. Hacker, *National Recovery and Resilience Plan: Germany, in Italian labour law e-journal,* n. 1S, 2022. Non pare invece riscontrabile, diversamente dal caso tedesco, una particolare sensibilità per la prevenzione di future emergenze sanitarie nel piano irlandese.

[116] Si veda in particolare la componente 5.1. del DARP e R. Balduzzi, *Diritto alla salute*, cit., pp. 421-422 secondo cui la scelta operata dal DARP va chiaramente nella direzione che il potenziamento del Servizio Sanitario Pubblico in una dimensione sostenibile debba dare chiara priorità alle infrastrutture digitali.

Considerando l'ambizioso programma politico dello *Sláintecare*, i commentatori hanno accolto con favore alcuni elementi nel progetto di riforma in corso ma hanno anche riconosciuto margini di miglioramento nel raggiungimento di un sistema sanitario efficiente, oltre che rispetto ad aspetti critici come i costi di prescrizione dei farmaci e l'accesso limitato alle cure. Tuttavia, già prima della pandemia, l'attuazione dello *Sláintecare* si è rivelata difficile e lenta, mostrando un paese che, allo scoppio dell'emergenza da Covid-19, era ancora lontano dal raggiungere l'ideale di un accesso universale alle cure.

La risposta irlandese all'emergenza è stata quindi attuata nell'ambito di un sistema sanitario ancora improntato sul tradizionale modello a due livelli (*two-tiers system*). Come in molti altri Paesi, l'esecutivo ha agito da protagonista in questa fase, con ampi poteri per gestire l'epidemia[117]. Le principali aree di intervento durante la prima fase della pandemia si sono concentrate sul controllo del contagio, sulle risorse per l'assistenza residenziale e sui *test* e il trattamento della malattia[118], mentre in seguito gli sforzi del governo sono stati orientati principalmente sulle politiche vaccinali. Nel complesso, considerando i limiti di capacità degli ospedali pubblici prima della pandemia[119], il sistema sanitario irlandese è stato in grado di resistere alla pandemia, mostrando risultati compatibili con la media dei Paesi dell'UE, soprattutto per quanto riguarda le terapie intensive, nonostante alcuni limiti legati alla capacità delle strutture sanitarie[120]. Va inoltre sottolineato l'utilizzo di soluzioni innovative per la gestione emergenziale, soprattutto nel campo della tracciabilità dei contagi.

In questo contesto, il Piano nazionale irlandese di ripresa e resilienza del 2021 (IRRP) ha scelto di dare priorità agli investimenti digitali, alla ripresa economica e all'azione per il clima piuttosto che alla promozione di un cambiamento significativo nella politica sanitaria irlandese. L'IRRP ha potenziato l'assistenza sanitaria ma, nonostante gli investimenti legati alla pandemia e l'aumento del personale, i principali obiettivi di politica sanitaria sono stati finalizzati all'avanzamento dell'attuazione del precedente programma di riforma *Sláintecare* e agli investimenti nella digitalizzazione dei servizi sanitari piuttosto che ad ulteriori riforme strutturali, anche per prevenire eventuali nuove emergenze sanitarie[121].

In conclusione, la politica sanitaria delle autorità irlandesi, anche a seguito del *Recovery plan*, sembra presentare caratteristiche comuni ad entrambi gli approcci delineati nell'int-

[117] Soprattutto in seguito agli emendamenti all'*Health Act* del 1947 che consentono al governo di adottare disposizioni speciali ritenute utili a prevenire la diffusione della malattia infettiva, comprese, tra l'altro, le limitazioni ai viaggi. Cfr. G. Sardi, *op. cit.*, p. 1817 e A. Greene, *op. cit.*, *passim*.

[118] Si veda N. O'Leary, L. Kingston, *et al.*, *COVID-19 healthcare policies in Ireland: A rapid review of the initial pandemic response*, in *Scand J Public Health*, 49, 2021, pp. 713-720.

[119] C. Keegan, A. Brick, et al., *How many beds? Capacity implications of hospital care demand projections in the Irish hospital system*, 2015-2030, in *Int J Health Plann Mgmt*, 2019.

[120] B. Walsh, C. Keegan, A. Brick, S. Lyons, *How is Ireland's healthcare system coping with coronavirus*?, in https://www.economicsobservatory.com.

[121] Secondo il piano, peraltro, gli investimenti sulla digitalizzazione avrebbero comportato anche il miglioramento dell'accesso all'assistenza comunitaria e la riduzione dell'offerta di cure private negli ospedali pubblici, in linea con le raccomandazioni dell'UE per aumentare l'accessibilità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria.

roduzione, se confrontato con altre risposte pubbliche alla pandemia e con i piani di ripresa europei[122]. Da un lato, sembra avvicinarsi alla risposta dei paesi che hanno deciso di muoversi verso un semplice rafforzamento del sistema sanitario, piuttosto che optare per una profonda riorganizzazione del sistema sanitario[123]. L'analisi condotta nelle sezioni precedenti ha mostrato che, negli obiettivi e nelle priorità generali del piano irlandese, le disposizioni dedicate all'assistenza sanitaria hanno avuto un ruolo secondario, soprattutto se confrontate con le priorità previste in altri piani (ad esempio l'Italia). Tuttavia, mentre in alcuni paesi di questo gruppo, come la Germania, tale scelta costituiva il risultato di una valutazione positiva rispetto alla risposta complessiva del sistema sanitario alla pandemia e della necessità di prepararsi a eventuali future crisi epidemiche e pandemiche, il caso irlandese – pur senza negare un bilancio complessivamente positivo della risposta del sistema alla pandemia – ha mostrato alcune peculiarità degne di nota.

Come osservato, infatti, la pandemia e il *Recovery plan* in Irlanda si intrecciano ad un radicato processo di riforma già in corso verso un sistema sanitario fondato sull'accesso universale basato sul bisogno clinico. Non sorprende, quindi, che l'IRRP sia stato visto essenzialmente come un'opportunità per accelerare l'attuazione della riforma in corso *dello Sláintecare* – il quale si trovava già in fase di stallo prima della pandemia – piuttosto che come un'occasione per ridisegnare una nuova strategia di politica sanitaria. In questo "riformismo conservatore" che ha caratterizzato il Piano irlandese e l'ulteriore Strategia di attuazione e piano d'azione per lo *Sláintecare* 2021-2023, alcuni tra i primi commentatori hanno visto un'opportunità concreta per rinvigorire il lento processo di attuazione dell'agenda delle riforme sanitarie. È stato così notato che «l'investimento dell'Irlanda nel suo sistema sanitario ha prodotto il potenziale per ripristinare e ringiovanire il programma di riforma *di Sláintecare*, il tutto nel bel mezzo di una pandemia globale. Realizzare, sfruttare e mantenere tutti i cambiamenti positivi ottenuti finora è un'ulteriore sfida per il sistema sanitario irlandese»[124].

Al contempo, la lezione della pandemia, diversamente da quanto avvenuto in Germania, non pare aver spinto le autorità irlandesi ad intervenire sul piano della resilienza del sistema sanitario di fronte a possibili nuove crisi[125].

Può inoltre osservarsi che la moltiplicazione di diverse strategie politiche e piani d'azione potrebbe accompagnarsi al rischio di complicare l'effettiva attuazione di una riforma

[122] Il riferimento è, come indicato in introduzione, ad un primo gruppo di ordinamenti che hanno colto l'occasione della pandemia per promuovere una ristrutturazione dei sistemi sanitari (Italia, Francia) ed un secondo gruppo di paesi europei più "conservatori" che hanno preferito optare per un semplice rafforzamento del sistema sanitario, senza apportare modifiche strutturali alle sue caratteristiche principali.
[123] Cfr. R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., pp. 417 ss.
[124] S. Burke, *et al.*, *Building Health System Resilience Through Policy Development*, cit., *passim*.
[125] Malgrado si possa argomentare che la garanzia di un accesso universale costituisca di per sé un miglioramento della resilienza del sistema. Cfr. S. Burke, *et al.*, *Building Health System Resilience Through Policy Development*, cit., *passim*.

ale in assenza di adeguati strumenti di integrazione e coordinamento[126]. Di tali strumenti non sembra esservi traccia nell'IRRP, così come non viene menzionata la necessità di adottare un approccio globale e multidisciplinare all'assistenza sanitaria, secondo il noto approccio «*One Health*», almeno nella relativa sezione del *Recovery Plan*[127].

Ad ogni modo, rispetto al bivio di fronte al quale si trovava l'Irlanda prima all'inizio degli anni 2010 quando nel paese ci si chiedeva se mantenere il *two-tiers system* ovvero promuovere un sistema di copertura sanitaria universale fondata sulla necessità clinica, gli sviluppi recenti sembrano indicare che il paese ha definitivamente intrapreso questa seconda via, con il piano nazionale di ripresa che funge da catalizzatore per i cambiamenti in corso, sebbene ancora nelle fasi iniziali di attuazione[128].

[126] Considerando gli ultimi anni e oltre ai piani già ricordati, vanno citati anche il Piano d'azione nazionale in risposta all'emergenza COVID-19, il *Resilience and Recovery* 2020-2021: *Plan for Living with COVID-19* e il Piano d'azione strategico *Healthy Ireland* 2021-2025.

[127] R. Balduzzi, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., pp. 417 ss. Tale approccio, tuttavia, è stato recentemente preso in considerazione in altri piani nazionali settoriali per la salute delle autorità irlandesi, come il *Second One Health National Action Plan on Antimicrobial Resistance* 2021-2025 dell'Irlanda. Per un'introduzione generale all'approccio *One health* si veda il numero speciale n. 3/2022 di *Corti Supreme e Salute* e B.R. Evans, F.A. Leighton, *A History of One Health*, in *Rev Sci Tech.*, n. 2, 2014, pp. 413-420.

[128] In questo senso si vedano le osservazioni di S. Burke, *et al.*, *Building Health System Resilience Through Policy Development*, cit., secondo cui «il Covid-19 offre ai governi un'opportunità unica per costruire la resilienza del sistema sanitario. I bassi tassi di interesse in Europa e lo status di priorità del settore sanitario creano una finestra di opportunità. L'avanzamento delle riforme in un momento di shock è un segno di resilienza trasformativa del sistema sanitario. Inoltre, migliorare il funzionamento di un sistema sanitario e garantire l'accesso universale è di per sé un fattore di resilienza del sistema sanitario. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere le strategie ottimali per portare avanti le riforme e la costruzione della resilienza in caso di shock in diversi Paesi» (traduzione libera dell'autore).