

Dipartimento  
di Relazioni Internazionali

Cattedra di Teorie e Tecniche del Lobbying

# Il lobbying nel settore della sanità italiana: il caso della legge n° 119/2017 e dell'art. 9, legge n° 3/2018

Prof. Pier Luigi Petrillo

RELATORE

Prof. Vincenzo Antonelli

CORRELATORE

Vittoria Zito - matricola 640562

CANDIDATO

Anno Accademico 2020/2021

**IL LOBBYING NEL SETTORE DELLA SANITÀ  
ITALIANA:  
IL CASO DELLA LEGGE N° 119/2017 E DELL'ART. 9,  
LEGGE N° 3/2018**

INTRODUZIONE .....	4
CAPITOLO PRIMO: GRUPPI DI PRESSIONE E SANITÀ ITALIANA.....	11
1.1. LOBBYING SANITARIO: STAKEHOLDER, SPECIFICITÀ E STRATEGIE.....	11
1.1.2. <i>Alcuni degli stakeholder del mondo sanitario e le tipologie di interessi che tutelano</i> .....	18
1.1.2. <i>Alcune tecniche e luoghi del lobbying diretto nell'ambito sanitario: il livello centrale ed il livello regionale.</i> .....	32
1.1.3. <i>Il lobbying indiretto attraverso advocacy, le strategie di grassroots e comunicazione mediatica</i> .....	38
1.2. IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN BREVE QUADRO GIURIDICO .....	40
1.2.1. <i>I primi passi del riformismo sanitario alla luce dei fattori</i> .....	43
politico- istituzionali .....	43
1.2.1.1. Dal principio alla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978 .....	45
1.2.1.2. La “riforma della riforma” con la legge 421/92, il decreto legislativo 502/92 (poi D.lgs 517/93).....	50
1.2.1.3. La “riforma ter” con D.lgs. 229/99 .....	52
1.2.2. <i>Le traiettorie della sanità italiana nel nuovo millennio</i> .....	54
1.2.2.1. Il decreto legislativo n. 56/2000 e l'accordo Stato – Regioni.....	55
1.2.2.2. La riforma costituzionale del titolo V e la governance regionale.....	56
CAPITOLO SECONDO: IL CASO DI LOBBYING SULLA LEGGE N°119/2017, LA “LEGGE VACCINI” .....	60
2.1 BREVE QUADRO NORMATIVO NAZIONALE SUI VACCINI PRIMA DEL DECRETO N. 73/2017 LORENZIN .....	60

2.2 L'OBBLIGATORIETÀ VACCINALE TRA DIRITTO ALL' AUTODETERMINAZIONE E IL PRINCIPIO DI PREVENZIONE COLLETTIVA.....	63
2.3. LE CARATTERISTICHE DELLA LOBBY DEGLI ANTIVACCINISTI: L'IMPATTO DELLE CRISI COMUNICATIVE .....	67
2.4. DAL DECRETO 73/2017 AL DISEGNO DI LEGGE N.2856 .....	75
2.4.1. <i>Le contrapposizioni istituzionali e l'approvazione finale</i> .....	86
<b>CAPITOLO TERZO: IL CASO DEL LOBBYING DEGLI PSICOLOGI PER IL RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE, ART. 9, LEGGE N° 3/2018 .....</b>	<b>100</b>
3.1. IL RICONOSCIMENTO DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI NEI LEA: UN BREVE QUADRO NORMATIVO .....	100
3.1.2. <i>Gli interventi psicologici come “essenziali” nel d.p.c.m. del 12 gennaio 2017</i> .....	108
3.2.2. LA DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE E LE RAGIONI DELLA LOBBY DEGLI PSICOLOGI.....	110
3.3. L'ATTIVITÀ DI LOBBYING DEL CNOP: STRATEGIE, INTERESSI ATTIGUI E CONTRAPPOSTI.....	114
3.4. I RUOLI NELLE FASI DECISIONALI E I RISULTATI.....	120
CONCLUSIONI .....	124
BIBLIOGRAFIA .....	129
SITOGRAFIA.....	138

## INTRODUZIONE

Comprendere il ruolo dei gruppi di pressione e i loro interessi in specifici settori come quello sanitario risulta importante non solo ai fini dell'analisi dei processi decisionali ma anche per valutare l'indice di democraticità di un paese, consentendo di identificare quali sono quei soggetti che al suo interno riescono ad essere maggiormente influenti e con quali modi riescono a conseguire uno specifico vantaggio in ambito regolamentatorio, fornendo un quadro più veritiero del grado di trasparenza del sistema decisionale.

Volendo intendere la politica in termini di input e output, concepiamo l'ambiente sociale come un luogo che produce una serie di domande che i decisori pubblici filtrano per poi aggregare in programmi e decisioni di politiche pubbliche. Tra l'ambiente sociale e i decisori pubblici un ruolo fondamentale viene assunto dai gruppi di pressione, le lobby, perché "laddove c'è democrazia c'è lobby".<sup>1</sup> La formazione dell'interesse generale avviene, prediligendo la visione anglosassone a quella giacobina, come esito di un negoziato tra interessi differenti e includendo gli stakeholder. Ciò che rende legittima l'attività dei gruppi di pressione è la capacità del decisore pubblico di garantire parità di accesso, la trasparenza del processo decisionale e che le decisioni siano prese in favore dell'interesse generale.<sup>2</sup> L'eccessiva mancanza di trasparenza, accompagnata spesso da approssimative narrazioni veicolate dai media, ha finito per costruire agli occhi del cittadino un pregiudizio di fondo per la figura del lobbista e per creare un'opinione sospettosa e diffidente riguardo alle sue attività.<sup>3</sup>

Nonostante ciò, le attività di lobbying negli ultimi anni hanno subito in Italia un incremento notevole delle attenzioni ad esse rivolte<sup>4</sup>, dettato in parte dalla necessità di

---

<sup>1</sup> Petrillo P.L., *Teorie e tecniche del lobbying*, Bologna, 2019, p. 11.

<sup>2</sup> *Ibidem*, p.12.

<sup>3</sup> Pritoni A., *La ricerca sui gruppi di interesse negli ultimi quindici anni: tendenze internazionali con uno sguardo sull'Italia*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche", n. 2, 2016, p. 189.

<sup>4</sup> "L'evidenza empirica oggi disponibile è incomparabilmente superiore a quella di fine secolo scorso: oggi sappiamo molto di più di come i gruppi fanno lobbying; conosciamo molto meglio quali risorse incentivano/disincentivano l'accesso a quale arena politica; abbiamo imparato che la mobilitazione non dipende unicamente dalle caratteristiche dei gruppi, ma anche da considerazioni di tipo demografico; e così via. Sono inoltre sorti gruppi di ricerca internazionali – innanzitutto, l'INTEREURO Project e l'INTERARENA Project – i cui partecipanti hanno mostrato un'incredibile prolificità. È stata infine fondata una rivista – Interest Groups & Advocacy – espressamente dedicata allo studio dei gruppi di interesse, sulla quale tanto studiosi europei, quanto ricercatori americani, contribuiscono quotidianamente ad ampliare ancora di più la nostra conoscenza sulla interest group politics contemporanea. Le prospettive internazionali, in altri termini, sono estremamente positive. Lo sono meno quelle nostrane, ma non si può escludere a priori che i (pochi) ricercatori attualmente impegnati nella ricognizione del sistema degli interessi nazionale siano in grado – a breve – di agganciare il treno

una regolamentazione del fenomeno nel nostro ordinamento che al momento risulta fortemente inorganica per non dire pressoché assente, o comunque dall'aspetto "strisciante ad andamento schizofrenico".<sup>5</sup> Inoltre, "alcune dinamiche andatesi sviluppando negli ultimi vent'anni – si pensi, a mo' di esempio, alla de-strutturazione del sistema partitico e alla conseguente attenuazione del ruolo predominante dei partiti quali *policy gatekeepers*, o alla perdurante crisi dei sindacati – rendono ancora più urgente il ritorno allo studio – attento e sistematico – dei gruppi di interesse in Italia."<sup>6</sup>

Questo lavoro si propone di analizzare l'attività di lobbying realizzata da diversi portatori di interessi in due casi concreti relativi al quadro normativo sanitario italiano: l'approvazione della legge vaccini e l'inserimento della professione di psicologo tra le professioni sanitarie.

Il settore sanitario è il campo principale entro cui si è sviluppata l'analisi di questo elaborato, e lo è per due ragioni fondamentali: la prima è che ogni settore ha delle caratteristiche e delle differenze significative, quindi risulta metodologicamente più produttivo svolgere un'analisi microscopica per trarre delle conclusioni che consentano di ridurre al minimo il loro grado di generalizzazione rispetto al fenomeno<sup>7</sup>; in secondo luogo, invece, il settore sanitario è di grande rilevanza per l'economia nazionale ed è in esso che si articola la *biopolitica* di foucaultiana memoria<sup>8</sup> che prevede il ricorso a misure coatte socialmente accettate in virtù dell'imperativo della tutela della salute pubblica, come ad esempio l'obbligo vaccinale, e che possono tradursi in occasione di profitto per chi opera in determinati settori produttivi<sup>9</sup>, quindi parliamo di un settore proliferante di

---

internazionale e di inserire finalmente il caso italiano nel quadro di questa rinnovata attenzione per lo studio dei gruppi di interesse." - Pritoni A., *La ricerca sui gruppi di interesse negli ultimi quindici anni: tendenze internazionali con uno sguardo sull'Italia*, cit., p.166.

<sup>5</sup> Petrillo P.L., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p.185.

<sup>6</sup> Pritoni A., *La ricerca sui gruppi di interesse negli ultimi quindici anni: tendenze internazionali con uno sguardo sull'Italia*, cit., p. 189.

<sup>7</sup> De Mucci R., *Metodi di analisi empirica in scienze sociali. Una introduzione*, Soveria Mannelli, 2018, p. 54.

<sup>8</sup> Foucault M., *Nascita della biopolitica* (corso al collège de France anni 1978-1979), Milano, 2005.

<sup>9</sup> "Risulta piuttosto evidente che il processo di "medicalizzazione" che presiede al potenziamento ha – almeno in questa fase storica – un esito ancora una volta ambivalente: da un lato sembra promettere uno sviluppo virtuoso, aumentando la salute e la longevità della popolazione, mentre dall'altro procede attraverso un crescente controllo burocratico che sembra piuttosto funzionale alle esigenze del sistema capitalistico. È vero che il liberalismo limita l'azione del governo, per lasciare spazio alla società civile e alla libertà individuale, ma a ben vedere questo accade in relazione alle grandi questioni che hanno segnato la storia moderna – le opinioni religiose e le attività economiche in primis –, mentre l'azione legislativa e amministrativa si sposta su aspetti soltanto apparentemente neutri, come il controllo demografico e la salute pubblica." (Campa R., *Biopolitica e biopotere. Da Foucault all'Italian Theory e oltre*, in "Bioethics and Medical Sociology", vol. 3, p. 127, 2015).

gruppi di interesse che ne condizionano i cambiamenti regolatori attraverso attività di pressione sui decisori pubblici. Tale settore, inoltre, si caratterizza per una pluralità di organizzazioni professionali o associazioni di categoria che diventano attori cruciali e, frequentemente, protagonisti diretti o indiretti di attività di lobbying, come si vedrà nel caso del riordino delle professioni sanitarie.

Nel primo capitolo sono stati definiti e presentati alcuni attori che possono essere identificati come gruppi di pressione a tutela degli interessi inerenti al settore sanitario. Sono stati analizzati, quindi, i diversi tipi di interesse che tutelano, le loro posizioni, il modo in cui tendono a coalizzarsi e le strategie che scelgono di utilizzare per incidere sul processo decisionale. Tra gli attori presi in analisi rientrano i gruppi di interesse di tipo corporativo, i gruppi imprenditoriali e, infine, i gruppi delle associazioni dei pazienti o dei consumatori. Infatti, in una categorizzazione delle diverse componenti del settore sanitario distinguiamo “almeno tre sotto-settori: quello delle professioni sanitarie; quello delle aziende sanitarie e ospedaliere, sia pubbliche sia private e il settore farmaceutico”.<sup>10</sup> In questo elaborato condurremo quindi una disamina su quali di questi attori si possono considerare *insider* al processo decisionale, quali sono rispettivamente le strategie che prediligono per portare a termine la loro attività di influenza e, eventualmente, su quali tematiche tendono ad allearsi in operazioni di *coalition-building*.

A seguire, è stato ricostruito brevemente il quadro giuridico del Ssn partendo dall'articolo 32 della Costituzione, il quale riconosce alla salute un'importanza preminente come diritto fondamentale e inviolabile della persona<sup>11</sup> ed è stata ripercorsa la storia del Servizio Sanitario Nazionale nato nel dicembre del 1978 con la legge di Riforma Sanitaria n. 833 fino alla fase successiva di riforma del Titolo V della Costituzione.<sup>12</sup> Viene dunque illustrato come il Sistema Sanitario Nazionale nel corso degli anni sia stato caratterizzato da un forte decentramento a favore delle autonomie regionali.<sup>13</sup> Tra le argomentazioni a favore del decentramento vi è quella che sostiene che il risultato di tale processo è una maggiore efficienza dei servizi sanitari e una maggiore responsabilizzazione in capo alle amministrazioni locali, ma d'altra parte è stato evidenziato come il decentramento abbia messo a rischio la garanzia di livelli di cure uniformi sul territorio nazionale, aggravando

---

<sup>10</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale" 3/2014, p. 378.

<sup>11</sup> [https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo\\_numero\\_articolo=32](https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32)

<sup>12</sup> <https://www.medicalfacts.it/2020/03/12/sistema-sanitario-nazionale-dal-1978-oggi/>

<sup>13</sup> Pellegrino P., *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, POLIS Working Papers 55, Institute of Public Policy and Public Choice, 2005, p. 3.

il divario di servizi offerti tra nord e sud Italia.<sup>14</sup> Attorno al settore sanitario, quindi, anche a causa di una *governance* multilivello, vi sono un groviglio di interessi sia pubblici che privati ed è stato dimostrato come proprio i soggetti privati, che erogano circa il 49% delle prestazioni sanitarie<sup>15</sup>, non necessitino del supporto delle associazioni di rappresentanza per la tutela dei propri interessi.<sup>16</sup>

Nel secondo e terzo capitolo è stata svolta un'analisi del processo che ha portato rispettivamente all'approvazione della legge sui vaccini e all'inserimento della professione di psicologo tra le professioni sanitarie, con una valutazione degli attori e delle strategie con cui sono state portate avanti le azioni di lobbying in questi due casi specifici.

Nell'incipit di entrambi i capitoli viene fornito un breve quadro giuridico di riferimento che precede la legge presa in analisi. Successivamente, si rende conto di come determinati portatori di interessi abbiano influito maggiormente in specifiche fasi del processo decisionale: viene dunque analizzato in quale momento della *curva di influenza legislativa* l'attività di lobbying può ottenere maggiore successo nel settore sanitario. Ad esempio, con riferimento alla legge vaccini del 2017, si è notato come i rappresentanti del movimento *no-vax* si sono mobilitati con un lobbying di tipo indiretto maggiormente nella fase di decisione.<sup>17</sup> Mentre per quanto riguarda la legge di riordino delle professioni sanitarie, la presenza del gruppo di pressione categoriale è stata costante per tutto l'iter e già presente nella fase di *agenda setting*. Sono state analizzate, quindi, le diverse strategie di lobbying messe in atto alla luce delle controversie legate a coalizioni e contrapposizioni che si sono formate e le diverse interlocuzioni con i decisori pubblici. Si sono esposti, infine, i risultati raggiunti dopo l'effettiva approvazione della legge.

La scelta di analizzare i suddetti casi specifici, sviluppati nell'ultimo governo della XVII Legislatura durata dal 12° dicembre 2016 al 1° giugno 2018 e con 178 provvedimenti legislativi approvati in totale, è dipesa dalla complessità delle dinamiche e delle decisioni che li hanno visti protagonisti. Entrambe le leggi arrivano a conclusione di confronti durati diversi anni e giunti a termine nel corso della XVII Legislatura: ad esempio, con

---

<sup>14</sup> Toth F., *How Health Care Regionalisation in Italy Is Widening the North-South Gap*, in "Health Economics Policy and Law", vol. 9, n. 3, 2014, pp. 231-250.

<sup>15</sup> Mapelli V., *Pubblico e Privato nella Sanità Italiana*, in "PharmacoEconomics, Italian Research Articles", n. 14, 2012, pp. 1-107.

<sup>16</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit., p. 378.

<sup>17</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale", n. 2, 2019, pp. 277-306.

riferimento al terzo capitolo, il riordino delle professioni sanitarie è arrivato ad oltre settanta anni dalla previgente disciplina, dopo che i livelli essenziali di assistenza sono andati ad innovare - e successivamente a sostituire - un sistema normativo risalente al 1992; sistema in cui erano incluse delle prestazioni considerate obsolete e che escludevano trattamenti oggi fondamentali che le amministrazioni non erano obbligate ad assicurare, tra le quali proprio il supporto psicologico.<sup>18</sup> Entrambi gli iter di approvazione di queste leggi hanno avuto esito positivo grazie anche al contributo di ricerche scientifiche che hanno reso evidente come la salvaguardia della salute, sia essa mentale o fisica, se accompagnata da una giusta prevenzione o da sostegno psicologico può ridurre notevolmente l'aggravarsi di casi clinici considerati patologicamente gravi e che richiedono, ad uno stato avanzato, un elevato dispendio economico.<sup>19</sup>

Tra le criticità emerse dai due casi di analisi si nota che “nell’ambito della prevenzione, ad esempio quella vaccinale, i decision makers si trovano a dover decidere se adottare un intervento sanitario rivolto alle persone sane a scapito di interventi terapeutici rivolti alle persone malate”<sup>20</sup>; infatti, “proprio perché gli interventi di prevenzione sono rivolti a persone sane, spesso non si percepisce il beneficio prodotto (assenza di malattia, riduzione del carico sanitario e diminuzione dei costi diretti e indiretti correlati alla malattia) e rischiano di essere visti solamente come costi e non come investimenti che generano benefici a medio e lungo termine.”<sup>21</sup>

Il collegamento intrinseco tra la legge n.119/2017 e la legge n. 3/2018 (di cui si analizza specificatamente l’articolo n.9 con riferimento alla professione di psicologo) risiede nella presa di consapevolezza, da parte delle istituzioni, che è possibile soddisfare i bisogni dei pazienti migliorando la qualità dell’assistenza fornita e le prestazioni garantite; e che la cura del paziente non può prescindere da una corretta prevenzione che permetta di indirizzare meglio anche eventuali cure. Viene in rilievo, in questi casi, come “la logica

---

<sup>18</sup> Vimercati B., *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in “Le Regioni”, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale" 1-2/2017, p. 143.

<sup>19</sup> “Negli ultimi decenni è emerso un dibattito scientifico - ma anche politico - sull'economia della prevenzione e sui costi sanitari, economici e sociali legati alla mancata attuazione di misure preventive. Alcune organizzazioni internazionali (OMS, OCSE e UE) hanno sottolineato come l'investimento ben indirizzato a promuovere la salute e a prevenire le malattie sia uno degli strumenti più costo-efficaci per stimolare la crescita del PIL e quindi influire positivamente sul progresso sociale ed economico di una nazione.” - Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, PNPV 2016-2018, p. 20. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1955037.pdf>

<sup>20</sup> Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, PNPV 2016-2018, p. 20.

<sup>21</sup> *Ivi.*

comune sia quella della prevenzione. Si vuole sconfiggere il morbo prima ancora che si presenti. Si vogliono proteggere le vittime potenziali prima ancora che ci siano vittime reali”.<sup>22</sup> Entrambi i casi sono caratterizzati dal ruolo strategico svolto dall’allora Ministra della Salute Lorenzin, la quale emerge come “lobbista istituzionale” a tutela dell’interesse generale nel caso dei vaccini e a tutela dell’interesse particolare della categoria professionale degli psicologi nel caso delle professioni sanitarie (seppur avendo sempre, anche in questo secondo caso, alla base delle azioni l’interesse generale della tutela della salute).

In conclusione, ciò che questo elaborato si propone di dimostrare è come la profilassi delle malattie mentali e infettive, che come dimostrato produce una riduzione dei costi rispetto a prestazioni di assistenza sanitaria in fasi avanzate delle patologie<sup>23</sup>, sia stata affrontata attraverso strategie di pressione differenti dipendenti anche dal diverso peso degli stakeholder e dalla diversa capacità di dominare le fasi legislative.

Nel caso della legge n.119/2017, si vedrà come il *grassroots lobbying* messo in atto da gruppi di esitanti vaccinali non è riuscito a evitare lo svantaggio che avrebbe comportato l’approvazione della legge e il conseguente aumento delle vaccinazioni obbligatorie. Nel caso, invece, dell’art. 9 legge n. 3/2018, verrà analizzato il successo dell’azione diretta di lobbying condotta dal Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi e i vantaggi che sono derivati per l’intera categoria professionale in seguito all’approvazione della legge. Ciononostante, malgrado la differenza sostanziale dei protagonisti che caratterizzano i due casi presi in analisi, o malgrado il divario di risorse a disposizione dei diversi portatori di interesse - e nonostante l’utilizzo di tecniche differenti - in entrambi i casi le strategie di azione messe in atto dai gruppi di pressione hanno prodotto dei cambiamenti importanti nel nostro contesto istituzionale. Attraverso i casi, inoltre, si dimostra concretamente quanto sostenuto nel primo capitolo del presente elaborato sulla varietà di interessi in gioco e sulla peculiarità di tale settore che risulta, rispetto ad altri ambiti, estremamente rigido in quanto riguarda il tema delicato della tutela della salute dell’individuo.

Per quanto riguarda la metodologia utilizzata si è cercato di muovere l’analisi partendo dall’interrogarsi rispetto “al problema” del lobbying sanitario; quindi, quali sono i suoi

---

<sup>22</sup> Campa R., *Biopolitica e biopotere. Da Foucault all’Italian Theory e oltre*, cit., p. 158, 2015.

<sup>23</sup> Ad esempio, “la London School of Economics ha stimato un aumento medio dei costi del 45% in presenza di problemi psicologici nelle persone con cronicità fisica” - Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, Redatto dalla TASK FORCE sui LEA del CNOP approvato dal Consiglio Nazionale il 17 giugno 2017.

aspetti critici, cosa lo caratterizza e in che modo si differenzia l'impiego dei mezzi di lobbying nelle fasi strategiche messe in atto. A tali domande si è tentato di rispondere con una metodologia che ha compreso lo studio di fonti primarie e fonti secondarie. A fianco a tali fonti sono state condotte delle interviste focalizzate, utili a trovare delle risposte attraverso la rilevazione sul campo. La tecnica con cui sono state condotte le interviste è quella di partire da interrogativi astratti sulla questione del lobbying nel settore sanitario per poi giungere a domande più specifiche e inerenti al ruolo dell'interlocutore. Attraverso un processo di operazionalizzazione, quindi tramite l'osservazione dei comportamenti descritti e tradotti in termini concreti, si è tentato di rimuovere la vaghezza e identificare i comportamenti effettivamente attuati per poi passare ad una concettualizzazione e definizione delle informazioni raccolte incrociandole con le fonti a disposizione (ad esempio articoli di riviste accademiche, libri di testo e pareri accademici). Risulta necessario aggiungere che tra tutte le persone contattate per le interviste molte risposte sono state espressive di un'assenza di disponibilità a discutere la tematica, e tale rifiuto a concedere l'intervista o a rispondere a specifiche domande - basato prevalentemente sulla delicatezza delle informazioni che si richiedevano nel corso del confronto - rappresenta comunque una dimostrazione importante che, in qualche modo, fornisce una risposta alle domande a cui questo elaborato si propone di rispondere. Durante la stesura, i contenuti delle interviste hanno rappresentato delle fonti fondamentali per una materia come il lobbying che nella sua applicazione pratica risulta molto difficile da sistematizzare, data la sua natura mutevole e fluida.

## CAPITOLO PRIMO: GRUPPI DI PRESSIONE E SANITÀ ITALIANA

### 1.1. Lobbying sanitario: stakeholder, specificità e strategie

Premesso che i gruppi di pressione rappresentano un prodotto fisiologico e indispensabile della democrazia<sup>24</sup>, già Robert Alan Dahl<sup>25</sup> aveva messo in risalto che “il sistema politico non deve soddisfare tutti i bisogni delle persone, ma un loro sottoinsieme qualificato definito in *interessi politici urgenti*”.<sup>26</sup> Ne deriva che la democrazia dovrebbe garantire a un gruppo di persone, che rientrano nel *demos*, di “indurre il governo a fare o non fare ciò che consegue alla sua volontà, nell’ambito di un processo ordinato e pacifico”<sup>27</sup>. In Dahl si ritrova, dunque, l’ipotesi sulla capacità naturale degli individui adulti a prendere parte alla formulazione di decisioni da cui dipendono i loro interessi, ipotesi che trova spiegazione in due principi da lui elaborati, il primo dei quali è quello della *presunzione di autonomia personale*, mentre il secondo è il principio di *pari considerazione degli interessi*.<sup>28</sup> Con riferimento al secondo, più pertinente ai fini della nostra analisi, viene in rilievo che in un processo decisionale gli interessi di chi subisce la decisione devono essere interpretati e manifestati affinché possano essere tenuti in considerazione.<sup>29</sup> Non escludendo che si possa ricevere supporto nella manifestazione degli interessi, questi criteri democratici implicitamente riconoscono la necessità dell’esistenza nelle democrazie contemporanee di quelli che definiamo *gruppi di pressione*, i quali si fanno interpreti di istanze sociali.

Molti dei cambiamenti nelle politiche pubbliche derivano infatti da un impegno attivo da parte dei gruppi di pressione in un sistema politico più o meno “formale”<sup>30</sup>, questo perché “le pratiche politiche capaci di interagire con il tessuto sociale non si esauriscono

---

<sup>24</sup> Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, Carocci Editore, Roma, 2020, p.11.

<sup>25</sup> Robert Alan Dahl è stato un politologo statunitense, “fra i rappresentanti più autorevoli della scuola “pluralista”, secondo la quale i sistemi democratici moderni si caratterizzano per la diffusione dei centri di potere nella società e per la competizione istituzionalizzata fra gruppi di interesse (poliarchia). I suoi studi sono dedicati in prevalenza all’analisi delle decisioni politiche e alla teoria della democrazia.” [Treccani Enciclopedia Italiana - V Appendice (1991)].

<sup>26</sup> Andreozzi A. A., *La democrazia possibile. Processo democratico e poliarchia in Robert Alan Dahl*, Aracne Editore, Roma, 2015, p. 62.

<sup>27</sup> *Ibidem*.

<sup>28</sup> Andreozzi A. A., *La democrazia possibile. Processo democratico e poliarchia in Robert Alan Dahl*, cit., p. 63.

<sup>29</sup> *Ibidem*.

<sup>30</sup> Sorice M., *La comunicazione politica*, Carocci Editore, 2016, p. 99.

nell'ambito della politica parlamentare".<sup>31</sup> Infatti, le politiche pubbliche riguardano la collettività e le criticità che ad essa appartengono, e hanno lo scopo di definire le norme per la distribuzione di quelle risorse di importanza riconosciuta e garantita dall'autorità statale.<sup>32</sup>

Come nota Sorice nella sua analisi delle dinamiche che governano la politica contemporanea, le necessità sociali vengono rappresentate in logiche moderne di dimensione politica in cui la *pre-politica* o la *sub-politica* rivestono un ruolo fondamentale, grazie anche ad agenti esterni ai processi politici tradizionali che diventano portatori di istanze sociali.<sup>33</sup> È stato notato come l'intera impalcatura del welfare state si possa considerare una forma moderna di "sistema di potere basato su un fitto intreccio di scambi fra *élite distributrici* in cerca di legittimità e consenso e *clientele sociali* interessate ad ottenere diritti -spettanze attraverso la mediazione di *burocrazie di servizio*".<sup>34</sup> I cittadini attraverso azioni – variabili a seconda della decisione pubblica in questione, degli interessi rappresentati o delle modalità di intervento - prendono parte alla formazione del processo decisionale presentando *issue* che possono essere tenute in considerazione dalla figura autorizzata a prendere una decisione pubblica e vincolante per la collettività.<sup>35</sup>

Questo discorso riveste ulteriore importanza a causa dell'odierna incapacità dei partiti<sup>36</sup>, ancorati a categorie definitorie eccessivamente tradizionali, di affrontare e percepire i problemi della modernità<sup>37</sup> ed è in questa condizione che il lobbista o il gruppo di pressione svolge un ruolo di *cerniera* fondamentale tra i cittadini e le istituzioni pubbliche.<sup>38</sup> Risulta tuttavia doverosa una precisazione terminologica: giacché si parla di *gruppo di pressione* vi è certamente corrispondenza con il termine anglosassone *lobby*; ma entrambi i termini presentano, relativamente al significato, delle differenze più

---

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 2019, pp. 11-12.

<sup>33</sup> Sorice M., *La comunicazione politica*, cit., p. 99.

<sup>34</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit. p. 33.

<sup>35</sup> Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, cit., p. 24.

<sup>36</sup> Fino agli anni Novanta i partiti si erano proposti come il principale fulcro di riferimento per la mediazione degli interessi e per l'aggregazione di domande provenienti dall'ambiente sociale. Viene messo in rilievo come, negli ultimi anni, i frequenti tentativi di riorganizzazione messi in atto da parte dei partiti non siano bastati a impedire che il legame tra partiti e società di riferimento venisse intaccato da una diffusa disaffezione e sfiducia da parte dei rappresentati nei confronti dei rappresentanti. (Toth F., *Quando i partiti falliscono: i comitati cittadini come organizzazioni politiche effimere*, in "Polis", n. 2, 2003, p. 229).

<sup>37</sup> Sorice M., *La comunicazione politica*, cit., p. 99.

<sup>38</sup> Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, cit., p. 31.

marcate rispetto al termine *gruppo di interesse*<sup>39</sup>, con il quale pure essi vengono confusi quasi si trattasse di un sinonimo. In realtà “il ricorso all’espressione «gruppo di interesse», ad esempio, pone l’accento sulla natura delle istanze rappresentate, laddove «gruppo di pressione» sposta l’attenzione sulla modalità principale con cui quelle stesse istanze vengono rivendicate”<sup>40</sup>. Si definisce *gruppo di pressione* “un gruppo di persone (fisiche o giuridiche) accomunate da un medesimo interesse che si pongono l’obbiettivo di influenzare il decisore pubblico al fine di ottenere un vantaggio o evitare uno svantaggio”.<sup>41</sup>

Ciò che distingue il *gruppo di pressione* dal *gruppo di interesse* è dunque lo svolgimento dell’attività di influenza nei confronti di destinatari ben precisi, i decisori pubblici. Ossia coloro che sono titolari di poteri autoritativi e abilitati ad assumere una decisione di portata generale.<sup>42</sup>

Ne deriva che l’attività di pressione risulta democratica se avviene in presenza di norme a tutela della trasparenza dei processi decisionali e che garantiscano una parità di accesso a tali processi.<sup>43</sup>

L’ampliamento della rete decisionale che caratterizza i nostri tempi rende più difficoltosa l’attività di identificazione del decisore pubblico dal momento che gli interlocutori cambiano in base alla natura della decisione da assumere, in base agli interessi rappresentati e a quelle che sono le modalità di intervento possibili. Questa difficoltà può essere superata dal lobbista che sa “agire sul campo” e sa muoversi nella volubilità del contesto politico attuale.<sup>44</sup>

---

<sup>39</sup>“Le ragioni di tale divaricazione terminologica vanno probabilmente fatte risalire alla concettualizzazione del policy-making che contraddistingue i differenti contesti politico-sociali: in Gran Bretagna il processo di formazione delle decisioni è infatti saldamente nelle mani dell’esecutivo, e i gruppi, in un’ottica prettamente pluralista, si limitano a premere sullo stesso senza collaborare attivamente (né, tanto meno, formalmente) alla stesura dei provvedimenti legislativi. Al contrario, sia negli Stati Uniti che, a maggior ragione, nei paesi europei (più o meno) neo-corporativi, il fatto che il processo decisionale sia maggiormente policentrico (USA) e/o tenda a coinvolgere, anche in maniera formale, i più importanti gruppi, nella definizione delle politiche pubbliche (paesi neo-corporativi), porta a preferire il termine «gruppo di interesse» a quello di «gruppo di pressione»” (Pritoni A., *La ricerca sui gruppi di interesse negli ultimi quindici anni: tendenze internazionali con uno sguardo sull’Italia*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 2, 2016, pp. 164 -165).

<sup>40</sup> *Ibidem*.

<sup>41</sup> Petrillo P.L., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 14.

<sup>42</sup> *Ibidem*, p. 51.

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 12.

<sup>44</sup> Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, cit., p. 25.

Fino ai primi anni duemila gli studi sui gruppi di pressione sono stati considerati politicamente meno rilevanti rispetto agli studi sui sistemi elettorali o partitici<sup>45</sup>, nonostante i gruppi di pressione siano presenti in tutta la durata della formazione delle *policy*, quindi nelle differenti fasi del processo che conducono all'approvazione di una norma. Chiaramente la loro presenza cambia nelle varie fasi in funzione a quello che è “il momento migliore per difendere le proprie posizioni e rivendicare una serie di istanze”.<sup>46</sup> Alla luce di ciò, il successo o l'insuccesso di un'attività di lobbying dipende da numerosi fattori che possono dipendere a loro volta dalla scelta di quando intervenire nelle diverse fasi del processo, oppure dalle caratteristiche del settore in cui si vuole intervenire o in base agli interessi rispetto ai quali ci si organizza per esercitare pressione sul decisore pubblico.<sup>47</sup>

Dalla fine degli anni Novanta, come emerge da alcune pubblicazioni inerenti alle politiche pubbliche<sup>48</sup>, i gruppi di pressione e le associazioni di categoria iniziano ad assumere un ruolo centrale nelle fasi di formazione delle *policy*.<sup>49</sup> Ad esempio, ricostruendo il percorso della politica sanitaria - e tenendo presente che il “fenomeno” sanitario italiano si sviluppa a partire da fenomeni di urbanizzazione del XIX secolo che determinarono un peggioramento delle condizioni di salute<sup>50</sup> - nel corso degli anni vediamo come essa sia stata influenzata dall'interazione tra diversi attori (dai movimenti politici, dalle associazioni di categoria, erogatori di servizi e amministrazioni) e si sia evoluta anche grazie a rivendicazioni e posizioni di organizzazioni dei lavoratori in ambito medico, o di organizzazioni farmaceutiche, o ancora dei sindacati del settore sanitario più in generale.<sup>51</sup> È stato notato come, negli ultimi anni, le associazioni in rappresentanza della professione medica si siano schierate in difesa di un orientamento

---

<sup>45</sup> Lizzi R., I gruppi d'interesse in Italia fra continuità e cambiamento. Fattori istituzionali e dinamiche di policy, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 2, 2011, p. 181.

<sup>46</sup> Lizzi R., Pritoni A., *Lobbying in tempi difficili. Gruppi di interesse e policy-making nell'Italia della disintermediazione*, in “The Italian Journal of Public Policy”, 2019, p. 172.

<sup>47</sup> *Ibidem*, p. 174.

<sup>48</sup> Con riferimento, ad esempio, ad alcune pubblicazioni fatte dalla casa editrice Il Mulino dalla fine degli anni Novanta: Gualmini E., *La politica del lavoro*, Bologna, Il Mulino, 1997; Maino F., *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2001; Lizzi R., *La politica agricola*, Bologna, Il Mulino, 2002; Tebaldi M., *La politica dei trasporti*, Bologna, Il Mulino, 1999; Ventura S., *La politica scolastica*, Bologna, Il Mulino, 1998; Capano G., *La politica universitaria*, Bologna, Il Mulino, 1998. – Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collaterale*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, 2014, p. 326.

<sup>49</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collaterale*, cit., p. 326.

<sup>50</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 209.

<sup>51</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collaterale*, cit., p. 326.

“mercantile” del sistema, mentre la burocrazia e gli apparati erogatori di servizi si sono alternati con periodi di desiderio di mantenimento dello status quo e periodi maggiormente a favore del riformismo.<sup>52</sup> Infatti, nel contesto sanitario italiano lo stimolo verso le riforme è derivato, come verrà approfondito anche nei prossimi paragrafi, da partiti di sinistra e sindacati dei lavoratori, i quali si sono opposti in diverse occasioni alle posizioni dei partiti di destra.<sup>53</sup>

L'importanza degli studi di *policy*, e degli attori che ne sono protagonisti, risiede nella capacità di dimostrare che il cambiamento che ha caratterizzato il sistema politico ha prodotto simultaneamente una variazione nel modo di intendere l'azione dei gruppi di pressione e di altri attori nell'ambito delle politiche sociali, e più specificatamente nelle politiche sanitarie.<sup>54</sup>

Si nota, inoltre, come “la destrutturazione del sistema politico e la lunga transizione, con i cambiamenti nel rapporto tra governo e parlamento e fra i diversi livelli di governo, hanno spinto i gruppi di interesse a privilegiare le relazioni con il governo e con le burocrazie, da un lato, e a contare meno sulle relazioni con parlamentari e partiti politici, dall'altro”<sup>55</sup>.

Nel settore sanitario, infatti, il venir meno dell'intermediazione partitica ha favorito l'instaurazione di relazioni piuttosto stabili tra i gruppi di pressione e i governi, e con la riforma del Titolo V<sup>56</sup> - che ha introdotto processi di decentramento in ambito sanitario e un rafforzamento dell'autonomia finanziaria regionale<sup>57</sup> - “i tradizionali gruppi categoriali sono stati affiancati da quelli farmaceutici, delle aziende sanitarie e delle case di cura, dalle associazioni dei pazienti”.<sup>58</sup>

---

<sup>52</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 215.

<sup>53</sup> *Ivi*.

<sup>54</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, cit., p. 327.

<sup>55</sup> *Ibidem*, p. 330.

<sup>56</sup> “Il titolo V è stato riformato con la l. Cost. 3/2001, dando piena attuazione all'art. 5 della C., che riconosce le autonomie locali quali enti esponenziali preesistenti alla formazione della Repubblica. I Comuni, le Città metropolitane, le Province e le Regioni sono enti esponenziali delle popolazioni residenti in un determinato territorio e tenuti a farsi carico dei loro bisogni. L'azione di governo si svolge a livello inferiore e quanto più vicino ai cittadini, salvo il potere di sostituzione del livello di governo immediatamente superiore in caso di impossibilità o di inadempimento del livello di governo inferiore” (Enciclopedia Treccani, treccani.it).

<sup>57</sup> Vimercati B., L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali, in “Le Regioni”, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale” 1-2/2017, p. 149.

<sup>58</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, cit., p. 335.

L'approccio dottrinale che si pone a fondamento del percorso costitutivo ed evolutivo del Sistema Sanitario Nazionale italiano rappresenta il superamento delle mutue tradizionali e la realizzazione di una più completa omogeneità nei processi, evoluzione resa possibile anche a causa di un'erosione degli spazi del privato nella sanità negli anni del secondo dopoguerra<sup>59</sup> e per mezzo dell'acquisizione della "cittadinanza sanitaria", intendendo con quest'ultima "una garanzia di assistenza sanitaria collegata al solo status di cittadino (o residente) e dunque indipendente da ogni altra condizione socioeconomica".<sup>60</sup> Ne deriva che negli ultimi anni il settore sanitario non è rimasto immobile e le trasformazioni che lo hanno investito riguardano sia il rapporto pubblico-privato sia quello centro-periferia. Eppure, date le scarse attenzioni che riceve, è stato notato che esso si configura come "quiet politics"<sup>61</sup>, termine individuato per definire il metodo strategico consistente nel "non mettere in luce l'attivismo e i vantaggi di alcuni gruppi d'interesse – imprenditoriali, professionali, ma anche istituzionali e sindacali – che lontano dalla luce dei riflettori riescono a perorare più agevolmente le proprie istanze".<sup>62 63</sup>

È importante, dunque, evidenziare che l'implementazione delle politiche sanitarie "riguarda un insieme di attività di governo all'interno di un insieme di arene sociali".<sup>64</sup> Si nota, inoltre, come in questo specifico ambito la governance sia dominata da contese inerenti al consumo collettivo dei servizi<sup>65</sup> poiché il settore sanitario rappresenta una parte importante del welfare state italiano<sup>66</sup>, in cui le politiche sono volte a garantire la tutela della salute della popolazione (attraverso una combinazione di azioni diverse tra la

---

<sup>59</sup> Tuttavia, viene in rilievo come la dimensione privata non si possa escludere dalle nostre analisi poiché ci sono tutte una serie di attività sanitarie svolte tramite privati, tanto che negli studi comparativi dei sistemi sanitari tra diversi paesi vengono frequentemente studiati i rapporti tra dimensione pubblica e privata per giungere a comprenderne i livelli di efficienza ed efficacia (Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 213).

<sup>60</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 213.

<sup>61</sup> Lizzi R., Toth F., *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, in "Stato e mercato", n. 2, 2019, p. 315.

<sup>62</sup> *Ibidem*.

<sup>63</sup> "When politics gets noisy (and people pay attention to specific issues) the role of the media can acquire great importance in how people understand what is at stake."- Culpepper, Pepper D., *Quiet Politics in Tumultuous Times: Business Power, Populism, and Democracy*, in "Politics & Society", vol. 49, n. 1, Mar. 2021, p. 136.

<sup>64</sup> Moran M., *Morte o trasfigurazione? Come cambia il governo della sanità*, cit., pp. 29-56.

<sup>65</sup> Moran M., *Morte o trasfigurazione? Come cambia il governo della sanità*, in "Biblioteca della libertà", 2000, p. 43.

<sup>66</sup> Il livello complessivo delle risorse del Ssn, al cui finanziamento concorre lo Stato, viene determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo, nel rispetto di obblighi comunitari e in coerenza con la determinazione dei LEA. Si veda: [https://temi.camera.it/leg17/post/app\\_la\\_composizione\\_dei\\_finanziamenti\\_del\\_fabbisogno\\_sanitario\\_nazionale.html?tema=temi/il\\_fabbisogno\\_sanitario](https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale.html?tema=temi/il_fabbisogno_sanitario)

prevenzione primaria o secondaria, la diagnosi, la cura e la riabilitazione<sup>67</sup>) e il governo della spesa.<sup>68</sup> Comprendere i funzionamenti che sottostanno alle politiche sanitarie risulta dunque fondamentale per misurare le condizioni e i livelli di beni e servizi offerti nel nostro paese. Infatti, per capire il livello di un sistema sanitario bisogna guardare a parametri come l'efficienza e l'efficacia, che misurano rispettivamente "il numero di prestazioni realizzate da un'unità di fattore produttivo impiegato" e "il miglioramento di salute in seguito al consumo di una prestazione sanitaria", senza tralasciare indicatori come costo ed equità.<sup>69</sup>

La sanità rappresenta senza dubbio una spesa consistente e il verificarsi di crisi politiche ed economiche hanno indotto i legislatori ad adottare misure volte a ridurre gli sprechi e le incongruenze nel sistema, generando spesso incoerenza nella visione di insieme del welfare state italiano.<sup>70</sup> Tuttavia, è stato messo in rilievo come anche la crisi finanziaria abbia agito da "catalizzatore" di processi già in atto, con riferimento specifico, oltre che ai tagli, alla diffusione della sanità integrativa, tanto che l'evolversi delle politiche sanitarie in Italia "è stato di tipo incrementale, differenziato a livello regionale, innescato più da fattori endogeni che dalle cattive performance del sistema nel suo complesso o da pressanti vincoli esterni".<sup>71</sup>

Tra il 2011 e il 2018 gli interventi di *austerità* sanitaria si sono concretizzati in tagli trasversali (in cui il calcolo dei tagli è da intendere "in termini di minor spesa rispetto ad un sentiero di crescita della spesa previsto inizialmente"<sup>72</sup>), piani di rientro per le amministrazioni regionali e utilizzo di costi standard per la ripartizione delle risorse, mentre la legge di stabilità 2016 e la legge bilancio 2017 prevedevano una graduale espansione della sanità nazionale attraverso agevolazioni fiscali.<sup>73</sup>

Si tratta di "meccanismi di trasformazione graduale acuiti in ambito italiano dall'assenza di specifici vincoli esterni, dalla segmentazione degli interessi in gioco, dall'autonomia

---

<sup>67</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 204.

<sup>68</sup> I temi dell'attività parlamentare nella XVII legislatura, dossier documentazione dei Servizi e degli Uffici del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati, aprile 2018. <https://temi.camera.it/dil/pdf/welfare.pdf>

<sup>69</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., pp. 205- 206.

<sup>70</sup> Guardiancich I., *La riforma del welfare in Italia a cavallo della crisi: cause, caratteristiche ed esiti*, in "Stato e mercato, Rivista quadrimestrale", 2/2019, p. 249.

<sup>71</sup> Lizzi R., Toth F., *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, cit., p. 313.

<sup>72</sup> Cottarelli C., *All'inferno e ritorno. Per la nostra rinascita sociale ed economica*, Feltrinelli Editore, Milano, 2021, p. 20.

<sup>73</sup> Guardiancich I., *La riforma del welfare in Italia a cavallo della crisi: cause, caratteristiche ed esiti*, cit., p. 249.

regionale in ambito sanitario e, infine, dalla mancanza di grandi riforme strutturali dall'inizio degli anni '90".<sup>74</sup>

Come è stato sottolineato da Culpepper, il meccanismo sanzionatorio che può derivare dagli elettori può esercitare delle pressioni ed influenzare la politica su un limitato numero di questioni<sup>75</sup>, infatti nell'attuazione delle riforme sanitarie di questi anni viene riconosciuto prevalentemente un ruolo di rilievo a nuovi attori, prima considerati subordinati, appartenenti al campo corporativo e a gruppi di interesse.<sup>76</sup>

Da un'analisi è emerso, infatti, che i gruppi di pressione più rilevanti e operanti con costanza nel settore sanitario nazionale sono almeno 11<sup>77</sup>, oltre ai quali va considerato che molti medici sono presenti già in parlamento e in senato.<sup>78</sup>

### **1.1.2. Alcuni degli stakeholder del mondo sanitario e le tipologie di interessi che tutelano**

Parlando di stakeholder del mondo sanitario è opportuno sottolineare che essi possono essere tanti quanti sono gli interessi in gioco; quindi, pretendere in questa sede di tracciare un'elencazione o categorizzazione di tutti i portatori di interesse in sanità, oltre ad essere un'utopica ambizione, produrrebbe un'analisi comunque incompleta. Tra le motivazioni per le poche attenzioni che la letteratura politologica ha dedicato ai gruppi di interesse si rileva infatti "la difficoltà di individuare i gruppi d'interesse rilevanti, di misurare la loro capacità di influenza nel processo politico, di indagare il tipo di rapporti e di risorse impiegate per esercitare pressione."<sup>79</sup>

Da classificazioni stilate dal Ministero della Salute è possibile notare una distinzione nella lista di stakeholder tra quelli considerati *essenziali*, "cioè coloro che è necessario coinvolgere perché hanno alta capacità di influenza e alto grado di interesse rispetto

---

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 255.

<sup>75</sup> Culpepper P. D., *Quiet Politics in Tumultuous Times: Business Power, Populism, and Democracy* in "Politics & Society", vol. 49, p.139.

<sup>76</sup> Guardiancich I., *La riforma del welfare in Italia a cavallo della crisi: cause, caratteristiche ed esiti*, cit., p. 261.

<sup>77</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit., p. 379.

<sup>78</sup> "Considerando le ultime legislature – dal 1994 in avanti – la percentuale di parlamentari medici è stata in media del 6,4%. Se si considera che in Italia abbiamo circa sei medici (iscritti all'albo, non tutti sono poi praticanti) ogni 1.000 abitanti, ciò significa che in parlamento abbiamo una concentrazione di medici che è dieci volte superiore a quella che riscontriamo nella società" (Toth F., *Professione medico*, BOLOGNA, Il Mulino, 2012, pp. 126).

<sup>79</sup> Lizzi R., *I gruppi d'interesse in Italia fra continuità e cambiamento. Fattori istituzionali e dinamiche di policy*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche", n. 2, 2011, p. 180.

all'attività di riferimento"<sup>80</sup>, e gli *appetibili*, "cioè coloro che è opportuno coinvolgere poiché hanno alta capacità di influenza ma basso grado di interesse"<sup>81</sup>, ad esempio tra gli essenziali rientrano Aifa, Istituti di Ricerca, Aziende Ospedaliere o Istituto Superiore di Sanità. Per appetibili si intende, invece, i gruppi di pressione o opinion leader in grado di influenzare l'opinione pubblica rispetto a determinate tematiche di interesse del Ministero della Salute o con capacità di intervento sulle decisioni da adottare, come possono essere i media, il Parlamento, Procure della Repubblica o Autorità Amministrative Indipendenti.<sup>82</sup> Infine, vengono inseriti nella classificazione del Ministero della Salute i cosiddetti stakeholder deboli, cioè "coloro che hanno una bassa capacità di influenza ma alto grado di interesse"<sup>83</sup>. In questa categoria rientrano tutti quei soggetti che "non hanno gli strumenti per poter esprimere in modo forte e omogeneo i propri interessi e questi soggetti coincidono spesso con le fasce destinatarie delle attività dell'amministrazione, ed è quindi opportuno coinvolgerli nel processo di pianificazione delle stesse"<sup>84</sup>, ad esempio con riferimento ad associazioni di volontariato, associazioni di cittadini, federazioni o associazioni delle professioni sanitarie.

Date queste premesse, gli stakeholders selezionati in questo elaborato, e di cui si approfondirà la natura più avanti, sono stati scelti in quanto protagonisti dei casi analizzati nei successivi capitoli, o perché sono stati frequentemente menzionati nel corso di interviste condotte sul tema oppure, ancora, perché i loro nomi sono emersi frequentemente in articoli inerenti alle politiche sanitarie.

Tracciando delle distinzioni per caratteristiche generali dei principali gruppi di pressione venuti in rilievo, si possono distinguere tre grandi gruppi: quello di tipo associativo composto da sindacati, associazioni di categoria e ordini professionali; quello dei gruppi imprenditoriali rappresentati dalle aziende farmaceutiche, gruppi ospedalieri privati o fornitori privati del settore; e, infine, quello delle associazioni dei pazienti o dei consumatori i quali si battono per la tutela dei diritti dei pazienti.

Con lobbisti corporativi intendiamo, infatti, coloro che "rappresentano interessi di associazioni di categoria che tutelano specifici settori produttivi o professionali"<sup>85</sup>,

---

<sup>80</sup> Ministero della Salute, Piano della performance 2017 – 2019, Allegato n. 3, Classificazione dei principali stakeholder esterni, per approfondimenti si rimanda al link: [https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Allegato\\_3\\_stakeholder.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Allegato_3_stakeholder.pdf)

<sup>81</sup> *Ibidem*.

<sup>82</sup> *Ivi*, p. 2.

<sup>83</sup> *Ivi*, p. 4.

<sup>84</sup> *Ibidem*.

<sup>85</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit. p. 34.

considerando che tale settore si può suddividere, a sua volta, in altri tre sotto-settori in rapporto alla tutela rivolta alle aziende sanitarie/ospedaliere, alle professioni sanitarie o alla filiera farmaceutica.<sup>86</sup> È importante sottolineare che tra questi gruppi alcuni hanno un ufficio dedicato alle relazioni istituzionali o presentano anche un'organizzazione su base regionale, potendo quindi indirizzare meglio la loro attività nei confronti del decisore pubblico più adeguato in base alle specifiche circostanze.<sup>87</sup>

Con riferimento alle professioni sanitarie, come si vedrà approfonditamente nel terzo capitolo, il Cnop, rappresentando l'Ordine degli Psicologi con un'intensa attività di pressione, ha reso possibile l'inserimento della professione di psicologo tra le professioni sanitarie.

Anche Anaa-Assomed, Fnomceo, e Ipasvi risultano estremamente attivi nella tutela del settore professionale sanitario ed è stato messo in rilievo come, con riferimento prevalentemente ai sindacati dei medici, si crei una particolare frammentazione in sigle che si esplica in una concorrenza tra sindacati dipendente dal diverso orientamento ideologico dei medici, dal loro essere medici ospedalieri, assistenziali o di famiglia, o ancora frammentazioni frequenti possono dipendere dal ruolo ricoperto o dalla specializzazione medica esercitata.<sup>88</sup> Anaa-Assomed, associazione dei medici e dirigenti sanitari italiani, “con il 24,41% del totale delle deleghe, risulta il sindacato più rappresentativo nel settore sanitario italiano”.<sup>89</sup> Le *issue* su cui Anaa – Assomed si è mobilitato sono state numerose, tra cui disposizioni in materia di titoli universitari abilitanti, i rinnovi dei contratti, la difesa del Ssn dai tagli, la riforma della responsabilità professionale, ma si è anche coalizzato con Cimo-Asmd contro Ipasvi e Cgil Medici sulla questione dell'ampliamento delle competenze infermieristiche. Fnomceo e Ipasvi, invece, si differenziano da Anaa-Assomed, in quanto organismi ad iscrizione obbligatoria per l'esercizio della professione.

È importante notare come la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Fnomceo, si sia dotata di un ufficio legislativo estremamente strutturato e ha dichiarato che “gran parte della propria attività di lobbying è riservata alle figure tecniche e amministrative dei ministeri o degli assessorati regionali, e solo il 20% al

---

<sup>86</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 379.

<sup>87</sup> *Ivi*, p. 381.

<sup>88</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 379.

<sup>89</sup> La nostra storia. 60 anni di vita, di sindacato, di battaglie e risultati. I video e le pubblicazioni. <https://www.anaao.it/content.php?cont=9762>.

personale politico (ministri, parlamentari, assessori regionali)”<sup>90</sup>. Inoltre, dai registri parlamentari Fnomceo risulta essere tra i gruppi più frequentemente auditi: pur non implicando con ciò l’effettiva capacità di pressione e la riuscita dell’influenza, questo mette in rilievo come alcuni gruppi mostrano più “familiarità” con i luoghi decisionali tanto che alcuni di essi “sono interlocutori privilegiati dei parlamentari, altri lo sono meno”.<sup>91</sup>

Per quanto riguarda le aziende sanitarie o ospedaliere, ad esempio, due attori che sono emersi come maggiormente rilevanti sono Fiaso e Aiop. Aiop, Associazione Italiana Ospedalità Privata, è presente in tutte le regioni e “rappresenta 577 strutture sanitarie private di ricovero e cura”<sup>92</sup>, inclusi i maggiori gruppi ospedalieri privati noti anche come “le sette sorelle”.<sup>93</sup> Le *issue* rispetto alle quali Aiop si è mobilitato negli anni sono state diverse e riguardano, ad esempio, i tagli al Ssn, le risorse erogate per forniture private, gli standard ospedalieri o tariffe ospedaliere nel rapporto di parità tra pubblico e privato.<sup>94</sup> Fiaso, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, invece, “rappresenta presso le istituzioni, i *decision maker* e i media il maggior numero delle Aziende sanitarie e ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) dislocati sul territorio nazionale”.<sup>95</sup> Quindi, mentre Aiop rappresenta le case di cura private, Fiaso afferma che per tutelare le aziende sanitarie e ospedaliere “partecipa ad audizioni parlamentari, consultazioni pubbliche di Autorità indipendenti, convegni, dibattiti e indagini conoscitive per sostenere il punto di vista delle Aziende corredandolo di analisi e di propri *position paper*”.<sup>96</sup> Alcune delle *issue* sulle quali Fiaso ha frequentemente mostrato interesse, con connotazione tipicamente categoriale, sono state inerenti proprio alle responsabilità professionali e le coperture assicurative, o alla difesa dei tagli al Ssn e al rilancio dell’aziendalizzazione.<sup>97</sup>

Dalle audizioni parlamentari e da documenti di archivio è emerso come Fiaso e Aiop siano stati “avversari”, ad esempio, nella circostanza in cui Aiop ha chiesto ai decisori pubblici di destinare maggiori risorse sanitarie a fornitori privati basando la sua richiesta

---

<sup>90</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 392.

<sup>91</sup> *Ibidem*.

<sup>92</sup> <https://www.aiop.it/Aiop/Chi-siamo>.

<sup>93</sup> Per approfondimenti si rimanda a Bonfanti V., *Le sette sorelle della sanità privata*, articolo pubblicato in “Altreconomia”, visionabile online <https://altreconomia.it/le-sette-sorelle-della-sanita-privata/>.

<sup>94</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p.387, tabella 3.

<sup>95</sup> <https://www.fiaso.it/Fiaso>.

<sup>96</sup> *Ibidem*.

<sup>97</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p.387, tabella 3.

su studi di efficienza dove si mettevano a paragone i fornitori privati e gli ospedali pubblici.<sup>98</sup> Tuttavia, è frequente che i vari gruppi intraprendano delle coalizioni su interessi attigui o si trovino in contrasto su alcune rivendicazioni. Accade spesso, infatti, che sui macro-temi legati alla salute collettiva i vari stakeholders siano tutti d'accordo tra loro, ma non è altrettanto certo che gli interessi particolari siano percepiti anche come comuni e che ci sia un'identità di vedute. Ad esempio, con riferimento alla creazione dei fondi per farmaci innovativi oncologici e non oncologici istituiti con legge di bilancio 2017 (legge 232/2016, ai commi 400 e 401), le aziende produttrici di farmaci oncologici hanno visto la creazione del fondo con grande favore, mentre le aziende che non producono farmaci oncologici hanno interpretato la creazione di questo fondo come un dispendio di risorse che potevano essere impiegate alternativamente ed è emersa, infatti, tra le variazioni più richieste dagli stakeholders, la richiesta di “un possibile meccanismo di compensazione tra i fondi e/o tra fondi e tetti sulla spesa farmaceutica o la creazione di un fondo unico che non distingua, quindi, tra farmaci oncologici e non oncologici”.<sup>99</sup> Questo ci porta a tracciare subito una distinzione sul comparto farmaceutico, all'interno del quale gli stakeholders possono declinarsi o come attori corporativi del settore oppure come gruppi imprenditoriali. Tra i vari gruppi corporativi, Farmindustria, Federfarma ed Egualia (già Assogenerici) giocano un ruolo fondamentale nel tutelare e rappresentare gli interessi del comparto farmaceutico che in Italia consiste in un investimento, tra ricerca - sviluppo e produzione, di circa tre miliardi di euro annui e ne risulta, quindi, che l'industria farmaceutica dà un contributo positivo per ciò che attiene alla salute dei cittadini e dei pazienti ma anche allo sviluppo economico di un paese<sup>100</sup>, attraverso una forte presenza produttiva e manifatturiera di ricerca e sviluppo con tutto l'indotto che essa

---

<sup>98</sup> Nel primo rapporto sulla qualità degli outcomes clinici presentato da Aiop si mette in evidenza “la buona performance complessiva della componente ospedaliera privata che, per la gran parte degli indicatori di esito (Indicatori Treemap), ha registrato valori migliori rispetto a quelli degli Ospedali pubblici attestandosi, per alcune procedure cliniche e chirurgiche, anche su livelli di qualità delle prestazioni molto alti, così come definiti da Agenas sulla base della letteratura scientifica”. (<http://www.aiop.it/Portals/0/documenti/QR/2019RapportoEsitiPne.pdf>).

<sup>99</sup> Ricerca condotta dall'Osservatorio Farmaci del Cergas - SDA Bocconi, *Quali priorità nelle politiche del farmaco in Italia? Il punto di vista di stakeholder ed esperti*, gennaio 2020. [https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report\\_Politiche\\_Final---Formattato.pdf](https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report_Politiche_Final---Formattato.pdf).

<sup>100</sup> L'Italia si posiziona tra i primi paesi dell'UE come produttore farmaceutico; infatti, guardando ai numeri della farmaceutica e del suo indotto prodotto nelle regioni italiane, da elaborazioni di Farmindustria basate su dati Istat, si contano nel 2018 circa 132mila addetti, 6,7 miliardi di stipendi e contributi totali, 45 miliardi di produzione e 3.6 miliardi di investimenti in ricerca – sviluppo e produzione. (per approfondimenti si rimanda al report: [https://www.farmindustria.it/app/uploads/2018/07/i-numeri-dellindustria-farmaceutica-in-italia\\_luglio\\_2018.pdf](https://www.farmindustria.it/app/uploads/2018/07/i-numeri-dellindustria-farmaceutica-in-italia_luglio_2018.pdf))

genera all'interno del nostro paese.<sup>101</sup> Farindustria, aderente a Confindustria, è l'Associazione delle Imprese del Farmaco e “conta circa 200 aziende associate che operano in Italia, sia nazionali sia a capitale estero”<sup>102</sup>, mentre Federfarma è la Federazione Nazionale Titolari Farmacia e “rappresenta le oltre 18.000 farmacie private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale”.<sup>103</sup>

Un aspetto interessante riguarda Farindustria, la quale con riferimento alla sua struttura organizzativa prevede 20 uffici nella sede nazionale ma non detiene uffici in sedi regionali o provinciali<sup>104</sup>, coerentemente con i suoi interessi, inerenti alla filiera del farmaco, che sono rappresentabili non tanto in diramazioni territoriali quanto in sede di istituzioni nazionali, come Aifa o Ministero della Salute.<sup>105</sup> Eguale, conosciuta anche come Assogenerici, è l'associazione di rappresentanza di circa 60 aziende che oggi sono impegnate nello sviluppo, produzione e commercializzazione di medicinali dopo la scadenza brevettuale (chiamati farmaci generici, equivalenti o biosimilari nel caso dei medicinali biologici), includendo, quindi, tutte le aziende che operano in concorrenza in quella parte del settore farmaceutico detta *off patent*.<sup>106</sup> Il nucleo degli interessi di Eguale ruota intorno alla necessità di rimuovere ogni ostacolo che si possa frapporre alla generazione della concorrenza alla scadenza brevettuale e, per raggiungere questo obiettivo, dichiara di lavorare in trasparenza con tutti gli attori e decisori politici coinvolti nel settore sanitario per far sì che il mercato farmaceutico sia competitivo e assicuri ai pazienti un migliore accesso alle cure, oltre che un Ssn sostenibile.<sup>107</sup>

Ed è qui che risiede una differenza sostanziale che pone Farindustria in opposizione a molte questioni portate avanti da Eguale: Farindustria rappresenta tutta l'industria farmaceutica che si basa sulla ricerca e protezione brevettuale, con all'interno aziende

---

<sup>101</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>102</sup> <https://www.farindustria.it/chi-siamo/>

<sup>103</sup> <https://www.federfarma.it/Chi-siamo/Federfarma.aspx>

<sup>104</sup> A differenza delle altre federazioni o associazioni, come Federfarma che detiene non solo 18 sedi regionali ma anche 102 sedi provinciali, o Annao-Assomed che conta 20 uffici in sedi regionali e Aiop 21 uffici regionali, mentre Fiaso possiede 18 uffici diramati nel territorio nazionale. (Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 382, tabella 1)

<sup>105</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. pp. 381 – 382.

<sup>106</sup> Per un approfondimento sui farmaci equivalenti si rimanda a: [http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/bif3\\_08\\_bruzzo.pdf](http://www.agenziafarmaco.gov.it/allegati/bif3_08_bruzzo.pdf)

<sup>107</sup> <https://egualia.it/it/associazione/chi-siamo.html>.

che hanno introdotto in commercio i prodotti e molte delle quali hanno il brevetto scaduto.<sup>108</sup>

È emerso dalle informazioni raccolte che su tematiche generali della farmaceutica, riguardanti problematiche comuni sia ad Egualea che a Farindustria e inerenti prevalentemente ai temi tecnico-scientifici o regolatori-legali, tra le due associazioni vi è un'ottima collaborazione che viene meno dinanzi ai temi della tutela brevettuale.<sup>109</sup> La questione del *patent linkage*<sup>110</sup> rappresenta una pratica che crea diversi problemi sotto il profilo dell'introduzione dei generici alla scadenza brevettuale e questo, ad esempio, è un tema che vede le due associazioni frequentemente contrapposte dinanzi ai decisori pubblici.<sup>111</sup> Egualea tra le sue attività dichiara di “svolgere la rappresentanza degli interessi attraverso attività di lobbying, cercando di anticipare i fenomeni economici e sociali, analizzando e collegando le decisioni assunte agli effetti che provocano sul settore e sviluppando nel tempo relazioni con i decisori pubblici con l'obiettivo di creare consenso attorno ad un determinato tema, riconducibile all'interesse generale”.<sup>112</sup>

È possibile, inoltre, identificare una posizione di vantaggio di cui godono le associazioni di categoria rispetto alle aziende farmaceutiche e consiste nel fatto che “l'associazione di categoria gode di una capacità relazionale più neutra nei confronti del decisore pubblico, tanto che spesso è il decisore pubblico che, quando deve affrontare tematiche con un impatto importante, cerca o ascolta le associazioni di categoria piuttosto che le singole aziende”.<sup>113</sup> A supporto di questa affermazione, nel caso dell'estensione dell'obbligo vaccinale ad esempio, il Ministero della Salute ha richiesto a Farindustria di fornire dati o informazioni (provenienti a loro volta dai dati forniti delle singole aziende facenti parte dell'associazione) riguardanti informazioni o evidenze scientifiche sulla copertura vaccinale, perché nell'ambito della sanità pubblica lo scambio di informazioni consente ai decisori di decidere facendo valutazioni più complete.<sup>114</sup>

---

<sup>108</sup> Tratto da un'intervista condotta a Michele Uda, Direttore Generale Egualea – Industrie Farmaci Accessibili (ex Assogenerici), Roma, 22 dicembre 2021.

<sup>109</sup> *Ibidem.*

<sup>110</sup> Per approfondimenti si veda: [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/003/260/2015\\_11\\_12\\_-\\_Assogenerici\\_-\\_Patent\\_linkage\\_in\\_pillole.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/003/260/2015_11_12_-_Assogenerici_-_Patent_linkage_in_pillole.pdf)

<sup>111</sup> Tratto da un'intervista condotta a Michele Uda, Direttore Generale Egualea – Industrie Farmaci Accessibili (ex Assogenerici), Roma, 22 dicembre 2021.

<sup>112</sup> *Ibidem.*

<sup>113</sup> *Ibidem.*

<sup>114</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director at MSD Italia, Roma, 21 dicembre, 2021.

In conclusione, le *issue* rispetto alle quali i tre gruppi associativi presentati si sono mossi riguardano l'opposizione ai tagli della spesa farmaceutica, i tempi di accesso ai nuovi farmaci, mentre Egualia e Farindustria sono state avversarie sulla questione della libertà prescrittiva dei medici e la prescrizione dei farmaci generici.<sup>115</sup>

Queste associazioni includono al loro interno coloro i quali costituiscono, se considerati in autonomia, i gruppi di interesse e di pressione imprenditoriali: le aziende farmaceutiche. Un settore che in Italia risulta frammentato tra aziende farmaceutiche a capitale italiano e aziende a capitale estero, riferendoci con le seconde alle multinazionali che rappresentano circa il 60 per cento del settore in termini di fatturato, occupazione, investimenti, vendite estere e imposte pagate nel 2018, di cui la maggior parte risulta a capitale statunitense o tedesco.<sup>116</sup> Questa prima diversità va declinata a sua volta in aziende farmaceutiche *research driven* o aziende che puntano ad innovazioni di tipo incrementali o marginali, le quali hanno degli obiettivi diversi dalle prime e meno improntate alla ricerca.<sup>117</sup> Tra i gruppi imprenditoriali del comparto farmaceutico italiano si contano circa 670 aziende le quali, con riferimento alle performance economiche, hanno un valore medio del fatturato che si aggira sui 51 milioni di euro<sup>118</sup> e negli ultimi 5 anni hanno registrato un aumento degli investimenti in ricerca e sviluppo pari a 1,6 miliardi. A questo proposito si inserisce una tabella rappresentativa delle principali grandezze (in milioni di euro) dell'industria farmaceutica in Italia dal 2017 al 2019.<sup>119</sup>

---

<sup>115</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p.388.

<sup>116</sup> [https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2020-0566/QEF\\_566\\_20.pdf](https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2020-0566/QEF_566_20.pdf)

<sup>117</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>118</sup> Dati e numeri del settore farmaceutico in Italia, analisi pubblicata su icribis.com, per consultare lo studio completo si rimanda a: <https://www.icribis.com/it/osservatorio/2019/farmaceutico-italia>

<sup>119</sup> Fonte: Indicatori farmaceutici, Centro Studi Farindustria, luglio 2020, pag. 6. <https://www.farindustria.it/app/uploads/2017/12/Indicatori-Farmaceutici-2020.pdf>

	2017	2018	2019
Valore della produzione	31.200	32.200	34.000
Esportazioni totali	24.722	25.923	32.570
- medicinali	16.397	16.661	21.805
- vaccini	1065	784	986
Importazioni totali	24.243	26.539	28.960
- medicinali	13.729	13.950	15.225
- vaccini	407	524	508
Saldo estero di medicinali e vaccini	3.326	2.970	7.058
- medicinali	2.668	2.710	6.580
- vaccini	658	260	478
Investimenti in R&S e Produzione	2.800	3.000	3.000
- Ricerca e Sviluppo	1.530	1.650	1.600
- Produzione	1.270	1.350	1.400
Numero di addetti (unità)	65.400	66.500	66.500
Addetti R&S (unità)	6.400	6.600	6.650

Quando si sente parlare di lobbying fatto a nome delle aziende farmaceutiche è frequente l'uso del termine *big pharma*, termine che sconta il prezzo di una reputazione negativa, evocando alla mente speculazioni, profitti e logiche commerciali *short-term*.<sup>120</sup> Tuttavia, nel corso del tempo, si è creata una sorta di consonanza nella dicotomia esistente tra la percezione del decisore pubblico e il ruolo delle aziende farmaceutiche. Il decisore, infatti, riconosce sempre più una valenza strategica al settore farmaceutico per quello che riguarda il contributo che tale settore dà al sistema paese.<sup>121</sup> Infatti, mentre prima l'industria farmaceutica era percepita al pari di industrie dei settori delle armi o del tabacco, ora nel decisore pubblico il *sentiment* è cambiato e sta gradualmente cambiando anche nell'opinione pubblica generale.<sup>122</sup>

<sup>120</sup> *Ibidem*.

<sup>121</sup> *Ibidem*.

<sup>122</sup> La percezione negativa nell'opinione pubblica rispetto agli interessi delle aziende farmaceutiche è anche favorita dalle spese concrete che vengono sostenute per attività di lobbying, tanto da accomunare questi gruppi imprenditoriali a settori come quello del tabacco. Infatti, i gruppi farmaceutici rientranti tra le big pharma (incluse tra queste Merk, Pfizer, Roche Holdings, Bayer e Novartis) nel 2020 hanno speso di più di 306 milioni di dollari, rispetto ai 299 milioni di dollari del 2019, in attività di lobbying. A livello europeo, solo nel 2020 le grandi aziende come Pfizer, AstraZeneca e Johnson & Johnson hanno speso circa 36 milioni di euro per attività di lobbying a Bruxelles. Si veda "Il peso di Big Pharma a Bruxelles: ogni anno spesi 36 milioni in attività di lobbying", pubblicato su Europa today, scritto da Lecca T., 3 giugno 2021. Link: <https://europa.today.it/attualita/bigpharma-bruxelles-lobby.html> Per approfondimenti si rimanda anche all'articolo "La grande spesa di Big Pharma per il lobbying ha fruttato grandi contratti nel 2020", pubblicato su The defender, scritto da Mercola J., luglio 2021.

Il percorso di riqualificazione dell'immagine delle aziende farmaceutiche e dei loro interessi è un percorso lungo che spesso rischia di incrinarsi per episodi spiacevoli legati a comportamenti speculativi, messi in atto con un'ottica di profitto a breve termine da parte di alcune aziende e che producono un danno di immagine all'intero settore, ma nell'ambito delle relazioni con i principali decisori pubblici, in MSD ad esempio, si ritiene di presentare legittimamente degli interessi che sono aziendali e che molto spesso rappresentano un connubio di interessi con altri attori, in primo luogo i pazienti, quindi “quello che si cerca di fare a nome dell'azienda e dei suoi interessi è prevalentemente una azione diretta volta ad interagire in modo trasparente e visibile, senza occulto, spesso non tramite terzi ma direttamente e con quelli che sono i decisori del sistema salute”.<sup>123</sup>

Ciò che viene confermato da questa dichiarazione è che i gruppi imprenditoriali, quali sono le aziende farmaceutiche, sono in grado di ottenere un vantaggio ed evitare uno svantaggio, quindi di tutelare i propri interessi attraverso strategie di lobbying, anche attivandosi in modo autonomo e indipendente rispetto alle associazioni di categoria o alle società di lobbying.<sup>124</sup>

Ci sono casi in cui l'azienda farmaceutica si deve muovere con il supporto dei sindacati, ma questo succede prevalentemente quando le *issue* riguardano, ad esempio, misure di contenimento della spesa pubblica che generalmente comportano anche un impatto forte in termini occupazionali, ed è quindi evidente che una misura di taglio della spesa pubblica comporti anche la necessità per le aziende di ridimensionare la forza lavoro, di conseguenza in circostanze simili il sindacato diventa anche un possibile alleato.<sup>125</sup>

Le aziende farmaceutiche presentano al loro interno sezioni o uffici dedicati alle relazioni istituzionali e sono quindi dotate dei cosiddetti “lobbisti in house”, i quali operano rappresentando interessi specifici di soggetti il cui scopo principale non è quello di fare lobbying ma, in questo caso, di produrre e vendere farmaci.<sup>126</sup> La maggior parte delle aziende a partire dagli anni '90, successivamente alla riforma del titolo V e come risposta al federalismo sanitario, si sono dotate organizzativamente di strutture a livello regionale per dialogare con i decisori regionali, dialogo necessario soprattutto durante le fasi di

---

Link:<https://childrenshealthdefense.org/defender/la-grande-spesa-di-big-pharma-per-il-lobbying-ha-fruttato-grandi-contratti-nel-2020/?lang=it>

<sup>123</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>124</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 378.

<sup>125</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>126</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 30.

*market access*.<sup>127</sup> Dalle interviste effettuate è emerso, tuttavia, come le regioni possono rappresentare un interlocutore ostico, perché hanno il problema di un *overshoot* della spesa sanitaria generale ed essendone loro responsabili si pongono quasi sempre con un'ostilità iniziale nei confronti delle aziende farmaceutiche, quest'ultime viste come coloro che gravano sulla spesa piuttosto che agevolarla, infatti, "lo stato ha scaricato sulle regioni la responsabilità del contenimento della spesa ma, di fatto, non sono le regioni che decidono come controllare questa spesa, nel senso che non possono decidere quali farmaci rimborsare o come devono essere prescritti"<sup>128</sup>.<sup>129</sup>

Le industrie farmaceutiche, quindi, in questi anni hanno prontamente risposto alla necessità organizzativa nelle diramazioni regionali tanto da essere a volte più numerose le strutture di *policy* regionali di quelle a livello centrale e addirittura di quelle a livello europeo. Su quest'ultimo livello, la presenza delle aziende farmaceutiche del nostro paese risulta particolarmente indietro, soprattutto se si considera che molte leggi che oggi disciplinano la farmaceutica in Italia sono di emanazione diretta o indiretta dal livello comunitario.<sup>130</sup> Le aziende (come pure le associazioni di categoria o dei pazienti), pur disponendo di loro uffici istituzionali, possono anche rivolgersi a società di lobbying, le quali forniscono un servizio di consulenza con riferimento ad una situazione specifica e questa possibilità rappresenta anche una modalità per l'azienda di evitare il contatto diretto con il decisore<sup>131</sup>, ad esempio "nel caso in cui l'impresa fosse impossibilitata a rappresentare direttamente l'interesse o nel caso in cui il decisore non intendesse avere

---

<sup>127</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marco Giorgetti, Amministratore Delegato di Value Relations - agenzia italiana dell'Healthcare, Roma, venerdì 19 novembre 2021.

<sup>128</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>129</sup> Dall'inizio degli anni duemila il meccanismo di controllo della spesa è stato basato sul "sistema dei tetti". A partire dal 2013 si è introdotto un "sistema di payback" a carico delle aziende farmaceutiche e della distribuzione in favore delle Regioni in cui si è verificato lo sfioramento, tuttavia, l'attuazione di tale sistema ha incontrato una serie di ostacoli, che si è provato ad arginare attraverso ricalcoli della misura dei rimborsi, senza comunque garantire il ripiano totale. Alcune difficoltà hanno riguardato "l'aggregazione della distribuzione diretta insieme alla convenzionata ai fini del calcolo del tetto per la spesa farmaceutica territoriale". L'errore consisteva, quindi, nel presupporre che le Regioni potessero fornire una contabilità delle quantità consumate nei differenti tetti, per consumo ospedaliero o per distribuzione diretta. Tetti, inoltre, considerati "sottodimensionati da parte delle imprese, anche in relazione alla contemporanea introduzione di farmaci innovativi che hanno contribuito ad accrescere la spesa"

(Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e pay-back: <https://finanze.regione.emilia-romagna.it/documenti-di-finanza/upb-21-06-2017>)

<sup>130</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>131</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director at MSD Italia, Roma, 21 dicembre, 2021.

un contatto diretto con il gruppo stesso”.<sup>132</sup> È emerso dalle informazioni raccolte come il supporto fornito dalle agenzie di lobbying sia prevalentemente tecnico e finalizzato a fornire supporto di valutazione della tempistica più appropriata; quindi, sullo strumento legislativo o la fase temporale più opportuna perché un determinato emendamento venga inserito in un decreto o in una legge di bilancio.<sup>133</sup>

Procedendo con la rassegna dei gruppi di pressione nel settore sanitario, fondamentali risultano le azioni messe in atto dalle associazioni dei consumatori e dei pazienti, con le quali i gruppi di interesse già menzionati o le società di lobbying spesso interagiscono o collaborano poiché esse manifestano “le necessità” dei pazienti.

Le associazioni dei pazienti, nominate sin dall’art. 1 della legge n. 833 e quindi dal momento dell’istituzione del servizio sanitario nazionale (con riferimento alle associazioni di volontariato, infatti, si prevedeva che “possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge)<sup>134</sup>, hanno trovato un pieno riconoscimento costituzionale in seguito alla previsione del principio della sussidiarietà orizzontale.

Tale principio implica che le istituzioni titolari delle funzioni pubbliche nella persecuzione dell’interesse generale siano affiancate da cittadini, o singoli o associati, così che sussidiarietà verticale ed orizzontale risultano “finalizzate alla realizzazione di un interesse generale che grazie al rapporto fra l’art. 118, u.c. e l’art. 3, 2°c. non è una mera astrazione, bensì si concretizza in azioni di soggetti pubblici e privati dirette a creare le condizioni per la piena realizzazione di ciascun essere umano”.<sup>135</sup> Quindi, “nel punto di intersezione fra sussidiarietà verticale ed orizzontale, in altri termini, c’è quella persona umana che la nostra Costituzione ha voluto al centro dell’intero sistema istituzionale, con i suoi diritti ed i suoi doveri”.<sup>136</sup>

È necessaria una precisazione con riferimento all’interpretazione della disposizione all’art.118: i fini perseguibili nell’interesse generale sono quei fini già qualificati come

---

<sup>132</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 34.

<sup>133</sup> Tratto da un’intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>134</sup> Legge 23 dicembre 1978, n. 833, Istituzione del servizio sanitario nazionale, si rimanda al testo GU: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/12/28/078U0833/sg>

<sup>135</sup> Paper Astrid, *Il principio di sussidiarietà orizzontale e le sue applicazioni: un nuovo modo di amministrare*, Roma, ottobre 2003, pp. 11-12.

Si rimanda al link: <http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/SUSS/SUSSIDIARIETA--ORIZZ-PaperAstrid-2003.pdf>

<sup>136</sup> *Ivi*, p. 12.

tali da delle norme di legge e non individuati in autonomia dai cittadini.<sup>137</sup> Questo principio nel concreto implica, ad esempio, che se un'associazione dei pazienti decide di fare una campagna informativa su un tema di interesse generale, come possono essere i rischi del tabagismo ai fini della prevenzione oncologica, le istituzioni possono supportare la campagna, ad esempio fornendo spazi o autorizzazioni per la sua buona riuscita. Ulteriore passo in avanti è stato fatto dalla legge n. 208 del 2015, con la quale si esaminano le richieste di inclusione, esclusione o modifica di servizi o prestazioni nei Lea; infatti, la Commissione LEA, di cui fa parte anche un rappresentante di una associazione dei pazienti attiva nel settore sanitario, può predisporre incontri con i diversi portatori di interessi incluse le stesse associazioni dei pazienti o dei consumatori.<sup>138</sup> Le associazioni dei pazienti rappresentano una tipologia specifica di stakeholders esistenti esclusivamente nel mondo sanitario; in altri settori abbiamo associazioni dei consumatori che ricoprono degli interessi più ampi, mentre le associazioni dei pazienti hanno una specializzazione non riscontrabile altrove e questo perché quasi ogni patologia ha una sua associazione di pazienti.<sup>139</sup> Alcune associazioni di pazienti sono altamente strutturate e hanno al loro interno uffici di lobbying e comunicazione, come nel caso di Cittadinanzattiva.<sup>140</sup> L'associazione Cittadinanzattiva, presente in 19 sedi regionali, occupandosi della tutela dei consumatori da tempo si batte anche per la tutela dei pazienti nel settore sanitario, con il Tribunale per i Diritti del Malato e il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC).<sup>141</sup> <sup>142</sup> Le *issue* su cui Cittadinanzattiva si è mobilitata riguardano tematiche inerenti agli utenti del sistema sanitario, quindi “le lunghe liste d’attesa, i disservizi a danno dei pazienti, la tutela dei malati cronici e delle malattie rare, l’effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza”.<sup>143</sup> Spesso questo gruppo partecipa coalizzandosi alle battaglie congiunte con altri gruppi di interesse, è

---

<sup>137</sup> *Ivi*, pp. 27 – 29.

<sup>138</sup> Report Altems, a cura di Petrangolini T., Morandi F., Delle Monache L., Moro M., Di Brino E., Cicchetti A., *La storia delle associazioni dei pazienti e dei cittadini, impegnate in sanità in Italia: conquiste, ostacoli e trasformazioni*, Kos editrice, marzo 2021.

<https://altems.unicatt.it/altems-Report.pdf>

<sup>139</sup> Tratto da un'intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l'anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>140</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. pp.381 -386.

<sup>141</sup> *Ibidem*.

<sup>142</sup> <https://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo.html>

<sup>143</sup> *Ivi*, p. 386.

capitato che si alleasse con Fiaso, Ipasvi o Cgil Medici, e risulta, inoltre, frequentemente audito nelle commissioni parlamentari.<sup>144</sup>

In alcuni casi le associazioni dei pazienti costituiscono una leva strategica o degli alleati importanti anche per le aziende farmaceutiche.<sup>145</sup> Interviste effettuate hanno rivelato come le aziende farmaceutiche spesso finanziano le associazioni dei pazienti dal momento che, non potendo fare direttamente informazione ai pazienti sul farmaco<sup>146</sup>, fanno informazione sulla patologia tramite *opinion leader* scientifici o attraverso campagne di *awareness* costruite con associazioni dei pazienti. Questo finanziamento da parte delle aziende farmaceutiche alle associazioni dei pazienti è rintracciabile attraverso la formula “con la sponsorizzazione non condizionante di”; questo significa che l’industria farmaceutica può, in caso di eventi e programmi EMC (educazione medica continua), essere sponsor commerciale a condizione che il supporto finanziario o di risorse sia dichiarato e non condizionante.<sup>147 148</sup> Indipendentemente dal finanziamento messo a disposizione da aziende farmaceutiche per specifiche campagne di comunicazione, le associazioni dei pazienti rappresentano i così detti “*unmet needs*” ed è estremamente funzionale per il decisore colmare tali necessità, anche per questo motivo, è importante per una azienda farmaceutica avere coalizzate le associazioni dei pazienti, poiché si presuppone che il decisore accolga con una sensibilità diversa una *issue* se presentata da un paziente piuttosto che da una *big pharma*.<sup>149</sup>

Questo non significa che le associazioni dei pazienti si fanno portatori di istanze proprie delle aziende farmaceutiche, ma può capitare che le associazioni dei pazienti si facciano portatori di istanze e interessi inerenti ad una determinata area terapeutica che tra le sue caratteristiche può avere un interesse in comune con un interesse di una casa farmaceutica.<sup>150</sup> Le associazioni come Cittadinanzattiva, Condav (Coordinamento

---

<sup>144</sup> *Ivi*, p. 393.

<sup>145</sup> Tratto da un’intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>146</sup> A questo proposito va specificato che nel nostro paese è vietato fare pubblicità per i farmaci che non rientrano nella categoria dei farmaci da banco o da automedicazione come previsto dall’art. 115 del D. Lgs. 219/2006.

Per approfondimenti si veda: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/06/21/006G0237/sg>

<sup>147</sup> Tratto da un’intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l’anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>148</sup> Per approfondimenti si veda: <https://www.diritto-farmaceutico.it/wp-content/uploads/2015/06/FS-La-sponsorizzazione-di-eventi-ECM-corso-Formafutura-08.07.10.pdf>

<sup>149</sup> Tratto da un’intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l’anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>150</sup> Tratto da un’intervista condotta a Michele Uda, Direttore Generale Egualia – Industrie Farmaci Accessibili (ex Assogenerici), Roma, 22 dicembre 2021.

Nazionale Danneggiati da Vaccino), Uniamo (Federazione delle Associazioni di Persone con Malattie Rare), Comilva (Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione), nelle categorizzazioni dei diversi tipi di lobbyist, rientrano tra i “citizen lobbyist”<sup>151</sup>, cioè coloro che riescono ad influenzare il decisore pubblico su questioni che riguardano “non solo i suoi interessi ma la sfera valoriale, la cui difesa diventa spesso la ragione dell’azione”.<sup>152</sup>

### **1.1.2. Alcune tecniche e luoghi del lobbying diretto nell’ambito sanitario: il livello centrale ed il livello regionale.**

I meccanismi di pressione messi in atto dai diversi soggetti che si fanno portatori di interessi si plasmano in differenti strategie a seconda della necessità specifica che essi perseguono, necessità a sua volta derivata da una necessità più generale, la quale è volta a fornire al sistema sanitario nazionale gli elementi di cui ha bisogno per garantire i vantaggi perseguiti dalle comunità delle cui istanze questi gruppi di pressione si fanno portavoce.<sup>153</sup>

Le relazioni tra portatori di interesse e coloro che decidono a livello istituzionale possono essere semplici o complesse in base a quelli che sono gli obiettivi strategici da raggiungere. Nonostante non vi siano sempre regole adeguate a disciplinare il fenomeno dei gruppi di pressione tendenzialmente a questi viene offerta la possibilità di influenzare anche quelle politiche che riguardano il funzionamento del sistema sanitario ed in questo caso l’impegno dei gruppi di pressione può passare da passivo ad attivo.

L’attività passiva può includere l’impegno messo nelle minime azioni necessarie a monitorare eventuali progressi sulle proposte, mentre l’impegno attivo può significare un monitoraggio più dettagliato della legislazione nel corso del suo processo di costituzione, che vede di solito la necessità di lavorare attivamente perché il legislatore comprenda l’impatto della riforma o delle politiche in generale su quelli che sono i fornitori del servizio sanitario nazionale e quali sono quindi gli effetti che la normativa potrebbe produrre sui diretti interessati.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 49.

<sup>152</sup> *Ibidem*.

<sup>153</sup> Nathanson M. D., *Health Care Providers’ Government Relations Handbook: shaping policy to win*, Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2004, p. 87.

<sup>154</sup> Ivi, pp. 11 – 25.

Il fare lobbying non si esaurisce, quindi, nel passaggio di informazioni dal gruppo di interesse specifico ai *policy maker*, ed è per questo motivo che nell'attività di lobbying sono incluse e fondamentali una serie di strategie e tecniche che si concretizzano in strumenti differenti utili a persuadere il decisore per l'ottenimento di uno specifico risultato.<sup>155</sup>

Si sono fatte delle distinzioni su quali possono essere queste strategie, ad esempio, Petrillo individua due gruppi di tecniche, quelle attuate nel *back office* e quelle tipiche della fase di *front office*, che trovano declinazione a loro volta in differenti strategie di lobbying diretto e indiretto.<sup>156</sup>

Ma al netto di ciò, risulta complesso ipotizzare correlazioni di tipo deterministico tra i vari gruppi di pressione nel mondo sanitario e le loro specifiche strategie. Ciò che in questo elaborato si vuole mettere in rilievo sono piuttosto le singole azioni e tendenze concretamente utilizzate da un numero ristretto di attori, i quali saranno i protagonisti dei casi presi in analisi nei prossimi capitoli. Questo metodo risulta funzionale a produrre delle considerazioni che non possono prescindere dal peso delle risorse utilizzate o dalla qualità delle stesse, elementi che sono accompagnati dalla specificità della questione di *policy* che si tenta di promuovere, quindi come questa sia stata percepita nell'ambiente decisionale. Per cui, lo sforzo del lobbista può concentrarsi in certi momenti o luoghi piuttosto che in altri o attraverso certe strategie piuttosto che altre e alla luce di eventuali attori concorrenti.<sup>157</sup>

Nello specifico, tra i luoghi decisionali che interessano questo elaborato, e che sono "bersaglio" di strategie di lobbying diretto, bisogna guardare alla sede parlamentare, governativa e, all'arena regionale, quindi anche alla Conferenza Stato-Regioni.<sup>158</sup>

Nello specifico per il governo è emerso, da interviste effettuate, che gli interlocutori più frequenti dei gruppi di pressione del settore fanno capo al Ministero della Salute, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero dello Sviluppo Economico e

---

<sup>155</sup> Pritoni A., *Lobby d'Italia: il sistema degli interessi tra Prima e Seconda Repubblica*, Carocci editore, 2019, pp. 50–51.

<sup>156</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., pp. 232 – 294.

<sup>157</sup> Con riferimento ai tempi del lobbying, è stata elaborata dal politologo Guèguen una curva di influenza legislativa secondo cui la riuscita dell'attività di pressione è maggiormente possibile se le strategie vengono manifestate già nelle fasi iniziali del processo legislativo. (Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 80)

<sup>158</sup> Nelle arene regionali, ad esempio, si determinano il coinvolgimento dei fornitori privati, i requisiti di accreditamento alle strutture ospedaliere e le risorse da destinare alle cure territoriali. (Toth F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014.)

Ministero dell'Università e della Ricerca, mentre per il parlamento alla Camera dei deputati, Commissione Sanità e Affari Sociali e per il Senato la Commissione Permanente Igiene e Sanità.

Rispetto alla realtà, le definizioni accademiche sull'attività dei gruppi di pressione risultano edulcorate in una fotografia incantata con il tentativo di sistematizzare accademicamente questo tipo di professione, tentativo che si scontra con una mancata regolamentazione, la quale favorisce ai “riders” del settore di muoversi in una zona grigia.<sup>159</sup>

Stando alla testimonianza di lobbyist del settore è da queste dinamiche che deriva la difficoltà di far rientrare nell'analisi accademica un fenomeno che in realtà avviene in maniera fluida e quasi borderline.

Ciò che emerso è che quando si parla di luoghi istituzionali di confronto fra decisori pubblici e gruppi di interesse, non avendo in Italia un'impostazione anglosassone della professione dei gruppi di pressione, ciò di cui si parla, quindi l'interesse che si promuove, e dove se ne parla non è chiaro ma mutabile nei modi e nei luoghi. Viene in rilievo come il luogo di confronto privilegiato sia il dialogo diretto nei luoghi informali o, preferibilmente formali, come negli uffici tecnici dei Ministeri con Capi di Segreteria Tecnica, Capi di Gabinetto, destinatari questi che risultano effettivamente “in grado”, secondo gli intervistati, di reperire l'interesse in un disegno o emendamento e trasformarlo, eventualmente, in proposta di legge concreta.<sup>160</sup> Emerge, inoltre, la preferenza verso l'influenza esercitata tramite disegni di legge governativi, questo perché gli iter parlamentari sono particolarmente lunghi e spesso inerenti questioni delicate.

“Questo tipo di attività si svolgono a colpi di emendamenti”<sup>161</sup>

Gli emendamenti in questione possono provenire da un gruppo autorevole di parlamentari di maggioranza, i quali sono stati convocati e informati precedentemente tramite l'istituzione di convegni o eventi sulla tematica d'interesse o con costituzione di intergruppo parlamentare. In alternativa, l'altro metodo efficace e frequentemente utilizzato dai lobbyist del settore è quello di inserire l'interesse in un decreto o disegno di legge di input governativo. Si è visto come negli ultimi anni i governi abbiano ricorso alla decretazione d'urgenza non solo per far fronte a misure di necessità ed urgenza, infatti

---

<sup>159</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marco Giorgetti, Amministratore Delegato di Value Relations - agenzia italiana dell'Healthcare, Roma, venerdì 19 novembre 2021.

<sup>160</sup> *Ibidem.*

<sup>161</sup> *Ibidem.*

“il decreto-legge continua a configurarsi come fonte ordinaria, continua, normalizzata, abitudinaria, concorrenziale rispetto alla legge del Parlamento”.<sup>162</sup> Per quanto riguarda il luogo a livello centrale, quindi, bisogna guardare all’ecosistema inerente alla tematica, ci deve essere stato a monte un dibattito pubblico tale da far posizionare il decisore sulla questione, perché anche qualora si trovasse un parlamentare disposto a presentare un disegno di legge su uno specifico interesse, le possibilità che questo disegno veda luce prima che finisca la legislatura sono basse.<sup>163</sup>

Inoltre, legare la questione di interesse ad uno specifico orientamento politico è rischioso, perché se l’interesse diventa bandiera di un partito si crea un’opposizione certa e questo errore strategico potrebbe da una parte permettere alla questione di avere maggiore visibilità ma d’altra parte il rischio di rimanere vincolato al partito, rispetto all’aver più decisori che supportano l’interesse, è alto. In questo sono estremamente utili gli intergruppi parlamentari, che rappresentano in qualche modo dei gruppi di pressione *insider* al parlamento e *bipartisan* con l’obiettivo di “far aumentare il rumore nella foresta”.<sup>164</sup> Proporre un emendamento rappresenta sicuramente un’alternativa nel momento in cui si riesce a farlo inserire in un decreto dal governo, altrimenti se i parlamentari riescono ad inserirlo in uno dei pochi veicoli legislativi che conoscerà un esito positivo, le possibilità di riuscita della strategia aumentano, oppure, un altro veicolo legislativo importante in cui inserire tematiche di interesse dei gruppi di pressione è rappresentato dalla legge di bilancio.<sup>165</sup>

Dalle testimonianze raccolte è emerso, inoltre, che la tendenza comune non sia quella di lavorare prevalentemente in un’ottica di *risk mitigation*, nel momento quindi in cui una norma viene discussa, ma la parte fondamentale è nel lavoro costante di *public affairs* e *stakeholder engagement* che precede quella fase, così da essere promotori o collaboratori alla radice di una nuova normativa, che significa nel concreto muoversi prima attirando l’attenzione e sensibilizzando il decisore con *evidence based* su certi temi, per poi procedere nel trovare eventuali sinergie attraverso l’identificazione di problemi che sono comuni. Ma questo non può prescindere da tutta la valutazione del contesto legato ad un

---

<sup>162</sup> Lolli I., *Decreti-legge e disegni di legge: il Governo e la 'sua' maggioranza*, in Osservatoriosullefonti.it, fasc. 3/2016, p. 7.

<sup>163</sup> Tratto da un’intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l’anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>164</sup> Tratto da un’intervista a Federico Serra, Presidente presso International Public Policy Advocacy Association, Roma, 3 dicembre 2021.

<sup>165</sup> *Ibidem*.

determinato problema di *policy*, che risulta fondamentale e porta all'individuazione di una strategia volta al superamento del problema, magari con delle coalizioni. Come già accennato, anche il ruolo delle regioni non è marginale in questo settore in quanto, successivamente alla riforma del Titolo V, queste “programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere”.<sup>166</sup>

I diversi stakeholders possono, infatti, decidere di agire in base ai loro interessi o nell'arena nazionale o ad un livello regionale di *decision making*.

Ad esempio, i fornitori privati regionali si rivolgono prevalentemente alle regioni, le quali decidono “in quale misura coinvolgere i fornitori privati nell'erogazione delle cure, fissare i requisiti per l'accreditamento delle strutture ospedaliere e ambulatoriali, determinare le tariffe per remunerare i fornitori, decidere quante risorse destinare all'attività ospedaliera e quante invece alle cure territoriali”<sup>167</sup>, ma anche le aziende farmaceutiche hanno bisogno in talune circostanze di rivolgersi al decisore regionale, ad esempio durante le attività di *market access* e, più nello specifico, nel momento in cui si lavora per ottenere l'accettazione del prezzo del farmaco da parte del decisore regionale.<sup>168</sup> È stato notato come “in termini organizzativi l'interlocuzione con stakeholders sub-nazionali può richiedere uno sforzo maggiore al punto tale da dover generare evidenze aggiuntive a sostegno della proposizione di valore con l'applicazione di strategie di accesso regionale” e questo perché è necessario creare una comunicazione del valore che sia differenziata sulla base di un adattamento geografico.<sup>169</sup>

Infatti, il processo di *market access* ha tra i suoi obiettivi quello di “stabilire e mantenere le relazioni con gli stakeholders al fine di comprendere e anticipare priorità e bisogni attraverso consultazioni formali e informali, anche molto precoci, per catturare il valore con negoziazioni di successo e ultimo non ultimo proteggere il valore stesso durante tutto il ciclo di vita del prodotto attraverso la produzione di dati di *outcome*”.<sup>170</sup> Sono fondamentali, quindi, ai fini di un efficace *market access* competenze sia comunicative, medico-scientifiche ma anche economiche a sostegno delle analisi presentate ai

---

<sup>166</sup> <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4694&area=Lea&menu=leaEssn>

<sup>167</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 378.

<sup>168</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marco Giorgetti, Amministratore Delegato di Value Relations - agenzia italiana dell'Healthcare, Roma, venerdì 19 novembre 2021.

<sup>169</sup> <http://www.sicseditore.it/wp-content/uploads/2018/11/marketsaccess.pdf>

<sup>170</sup> *Ibidem*.

decisori.<sup>171</sup> Ma anche in questo caso, la scelta della sede regionale dipende dalla caratteristica specifica della tematica di interesse, ad esempio, i dispositivi medici rappresentano delle terapie ma, nonostante ciò, non vengono approvate da Aifa ma dal Ministero della Salute, però su chi li compra e quali si comprano a quel punto conta il decisore regionale, anche perché questi aspetti dipendono dalle singole convenzioni regionali.

A livello regionale, i decisori che possono diventare un interlocutore per i gruppi di interesse sono: l'assessore regionale alla sanità, a seconda di come è organizzata la sanità regionale o il direttore generale dell'assessorato o il direttore generale dell'agenzia sanitaria regionale (organo consultivo dell'assessorato) e, infine, i responsabili apicali dei centri di riferimento (ad esempio il primario della farmacia ospedaliera). Tuttavia, il luogo regionale interessa prevalentemente le attività delle aziende farmaceutiche e, come si è già detto, le attività di *market access*, perché nel momento in cui si riceve approvazione per un farmaco da parte di Aifa, il farmaco deve essere inserito nel PTO o nel PTOR della sanità di ogni regione, in questa attività le aziende farmaceutiche si fanno supportare da piccole società di lobbying estremamente specializzate nel settore del *pharma*, oppure sono direttamente dotate di *regional area manager* o *key area manager*.<sup>172</sup> Nella maggior parte delle interviste è emerso come le società di lobbying, “i lobbyisti conto terzi”<sup>173</sup>, forniscono un supporto sostanziale soprattutto per quello che riguarda il monitoraggio legislativo sia a livello regionale che a livello nazionale, quindi nelle fasi iniziali dell'attività di lobbying, ma spesso le attività di relazioni istituzionali sono completamente internalizzate dai gruppi di interesse in un dipartimento con persone che si occupano specificatamente di quell'aspetto.<sup>174</sup>

---

<sup>171</sup> *Ibidem*.

<sup>172</sup> Per approfondimenti su PTO, PTOR, Centri Prescrittori e Gare Centralizzate si veda: <https://www.klinksolutions.it/wp-content/uploads/2019/10/Trama.pdf>

<sup>173</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 30.

<sup>174</sup> Ad esempio, Egualea, nei suoi primi dieci anni si è interamente appoggiata a società di lobbying che si occupavano di oltre che di monitoraggio legislativo regionale e nazionale anche di attività di accreditamento presso le istituzioni. Attualmente, l'attività di accreditamento non è più necessaria e la società di lobbying continua a fornire all'associazione esclusivamente il servizio di monitoraggio. Nel caso di Msd, azienda farmaceutica multinazionale, è emerso come a volte vengono coinvolte delle società di lobbying per aiutare a definire un percorso per arrivare ad un determinato provvedimento legislativo, supporto di tipo tecnico riguardante anche la fase temporale più opportuna affinché un determinato emendamento venga inserito in un decreto o in una legge di bilancio.

### **1.1.3. Il lobbying indiretto attraverso *advocacy*, le strategie di *grassroots* e comunicazione mediatica**

Nella rappresentazione degli interessi sanitari, spesso, l'*advocacy* ha un ruolo preponderante tra le tipologie di attività realizzate per mettere a conoscenza il decisore pubblico di una determinata *issue*, nello specifico “in sanità le attività di *advocacy* consistono nello sforzo di indirizzare o modificare le politiche sanitarie e la destinazione di risorse verso ambiti più favorevoli per la salute e il benessere dei singoli cittadini e della popolazione”.<sup>175</sup>

L'*advocacy* indica, infatti, un'azione collettiva a sostegno di una causa il cui ruolo è prevalentemente educativo o informativo su esigenze percepite come collettive, a differenza del *grassroots lobbying* che ha come obiettivo la costruzione di un consenso nell'opinione pubblica per l'ottenimento di un risultato volto a tutelare un interesse puntuale.<sup>176</sup> Ad esempio, dalle interviste condotte è emerso come nelle aziende farmaceutiche ci sia una grande attenzione nei confronti di campagne di comunicazione o educazione sanitaria che in alcuni casi sono delle vere e proprie campagne di responsabilità sociale, le quali per il fatto che spesso devono essere fatte a più voci, prevedono il coinvolgimento da un lato della società scientifica, per dare autorevolezza e solidità alla campagna, e dall'altro di associazioni dei pazienti che manifestano i *need* profondi dei pazienti.<sup>177</sup> Rivolgersi alle associazioni dei pazienti per campagne di *advocacy* significa trasformare l'interesse particolare in un interesse più generale, questo perché l'*advocacy* ha uno spettro di azione più ampio che mette insieme azioni di comunicazione con un'attenzione particolare alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, mirando ad una crescita della coscienza sociale e civile sulle tematiche presentate. Alimentare il dibattito pubblico permette di far alzare l'asticella di attenzione su una questione, rendendo più facile l'inserimento della stessa nello spettro di attenzioni che i decisori politici rivolgono a ciò che viene percepito come urgente o necessario. La maggior parte di società di lobbying abbinano l'*advocacy* alle loro strategie, perché “per raggiungere gran parte dell'ecosistema entro cui si muove il cliente - ecosistema composto da diverse voci - è importante unire l'aspetto di *advocacy* e comunicativo

---

<sup>175</sup> Signorelli C., Odone A., *Advocacy communication, vaccines and the role of scientific societies*, in “Annali di Igiene”, Volume 27, Numero 5, 2015, p.738.

<sup>176</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 271.

<sup>177</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

accanto a quello di *public policy*”<sup>178</sup>. Questo trova giustificazione soprattutto nella fase di analisi del contesto, in cui l’obiettivo primario è capire come sono predisposti i decisori e, eventualmente, farli predisporre a favore, per questo nella maggior parte dei casi *advocacy* e lobbying devono iniziare quasi di pari passo.<sup>179</sup> Le tecniche utilizzate nell’*advocacy* consistono nell’utilizzo di messaggi istantanei e dal linguaggio semplificato e che riflettano esperienze reali, con l’obiettivo di arrivare a muovere l’emotività del destinatario, ad esempio una strategia efficace nel settore sanitario riguarda il coinvolgimento di associazioni di genitori che portano testimonianze dei figli malati.<sup>180</sup> Tuttavia, è stato notato come “tali associazioni hanno molta più rilevanza e seguito in ambito clinico-terapeutico (ad esempio *advocacy* per farmaci o terapie innovative) rispetto a quello preventivo (ad esempio per i vaccini)”.<sup>181</sup> In uno studio sul tema sono state individuate le principali strategie (efficaci) di *advocacy* nel settore sanitario, le quali si basano prevalentemente su una ricerca scientifica a sostegno della tesi, e prevedono un’organizzazione frequente di seminari o convegni sul tema, stesura di rapporti, presenza frequente sui media o sui siti internet e cercare di instaurare un rapporto con soggetti pubblici o privati che godono di visibilità.<sup>182</sup> È opportuno sottolineare il ruolo fondamentale delle società scientifiche le quali, in un settore come quello sanitario rivolto alla promozione della salute dei cittadini, rappresentano il miglior modo per rendere autorevole e credibile l’intera campagna di *advocacy* attraverso basi teoriche fondate. Questo perché, come già detto, l’obiettivo primario dell’*advocacy* è l’informazione e il consenso generale su una tematica. Il *grassroots lobbying* invece, rappresentando una strategia indiretta di lobbying, ha l’obiettivo di creare pressione sul decisore indirettamente tramite movimenti di consenso che abbracciano l’interesse oggetto di lobby e si basa sulla capacità di mobilitare l’opinione pubblica.<sup>183</sup>

---

<sup>178</sup> Tratto da un’intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l’anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>179</sup> *Ibidem*.

<sup>180</sup> *Ibidem*.

<sup>181</sup> Signorelli C., Odone A., *Advocacy communication, vaccines and the role of scientific societies*, cit., p.738.

<sup>182</sup> *Ivi*, p. 743, tabella 1.

<sup>183</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 274.

## 1.2. Il diritto alla salute: un breve quadro giuridico

Il principio costituzionale in materia di diritto alla salute si ricava dall'art. 32 della Costituzione e da alcune sentenze emanate dalla Corte costituzionale<sup>184</sup>, la quale è intervenuta diverse volte negli anni '90 per fare chiarezza sui trattamenti sanitari obbligatori.<sup>185</sup>

All'interno della Costituzione (Parte I, titolo II) relativamente ai rapporti etico-sociali si trova l'articolo 32 che incrocia i diritti soggettivi del singolo con gli interessi della comunità nella promozione di un interesse collettivo, disponendo non solo di assistenza alla malattia ma una tutela più generale della salute<sup>186</sup>, prevedendo dunque che:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”<sup>187</sup> Tuttavia, viene in rilievo come “solo a partire dal XIX secolo si può parlare di una autonoma sfera istituzionale che ha assunto il nome di *sanità*”.<sup>188</sup>

La politica sanitaria trova un suo spazio centrale nel dibattito politico degli anni '70 essendo intimamente correlata a discussioni più generali riguardanti l'intera impalcatura del welfare state.<sup>189</sup> Nonostante l'Italia si sia storicamente contraddistinta per un sistema piuttosto frammentato di welfare<sup>190</sup>, è stata tra i primi paesi del sud dell'Europa a pensare di realizzare una sorta di universalismo in campo sanitario, dando avvio ad un processo di istituzionalizzazione della sanità in cui lo Stato subentrava agli istituti privati o alla chiesa non solo nella regolamentazione ma anche intervenendo direttamente nell'erogazione dei servizi sanitari.<sup>191</sup>

---

<sup>184</sup> Con riferimento, ad esempio, alla “sentenza n. 307 del 1990 (Obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica), n. 218 del 1994 (relativa ad accertamenti sanitari obbligatori dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per l'espletamento di attività lavorative che comportino rischi per la salute di terzi), n.254 del 1994 (relativa all'omessa previsione nelle norme che impongono l'obbligo di vaccinazione di accertamenti preventivi volti alla verifica della sussistenza di eventuali controindicazioni alle vaccinazioni)” (Negroni A. A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, in “AIC - Associazione Italiana Costituzionalisti”, n. 4, 2017, p. 4).

<sup>185</sup> *Ivi*.

<sup>186</sup> Giorgi C., Pavan I., “*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*”. *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in “Le carte e la storia”, n. 2, 2018, p.106.

<sup>187</sup> L. costituzionale, art. 32.

<sup>188</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, Il Mulino, 2001, p.17.

<sup>189</sup> *Ibidem*, p.11.

<sup>190</sup> *Ibidem*, p.22.

<sup>191</sup> *Ivi*.

Infatti, “la riconduzione della salute a fatto sociale e politico (sociale nella genesi e politico nella risoluzione), così come la centralità delle scelte soggettive, del momento preventivo, del dato qualitativo, dell’organizzazione periferica, decentrata e territoriale, della gestione diretta e partecipata, del nuovo rapporto tra paziente/soggetto e medico, segnarono uno dei momenti di maggiore innovazione istituzionale e culturale del paese”.<sup>192</sup> Il Ssn, termine con cui si intende un insieme complesso di istituzioni e risorse volte al mantenimento della salute<sup>193</sup>, è dunque il risultato di un processo durato più di vent’anni che ha visto emergere nuovi attori (politici e non) spesso espressione di pressioni ed esplicite richieste di cambiamento provenienti proprio dal tessuto sociale e dalla realtà istituzionale<sup>194</sup> che in quegli anni viveva un forte fermento intellettuale<sup>195</sup> ed è costituito da diversi sottosistemi tra cui risultano fondamentali quello della domanda, proveniente dai cittadini attraverso una richiesta di prestazioni, quello dell’offerta e del finanziamento delle risorse che permettono al sistema di funzionare.<sup>196</sup>

Sul territorio nazionale, agli inizi degli anni ’70, si andavano diffondendo riflessioni che presentavano dei nessi indissolubili tra dimensione collettiva della salute e sperimentazioni istituzionali. Infatti, le rivendicazioni della riforma sanitaria di quegli anni nascevano anche da una singolare sinergia (tipica del caso italiano) tra lotte operaie e studentesche e nuovi movimenti di rinnovamento della medicina, quest’ultima concepita sempre più in connessione ai criteri generali di democratizzazione del paese.<sup>197</sup>

La visione collettiva aspirava ad “una concezione politica dell’ambito medico-sanitario”<sup>198</sup> volendo ricondurre la salute, che sia psichica o fisica o individuale o

---

<sup>192</sup> Giorgi C., Pavan I., “*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*”, cit., p. 104.

<sup>193</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 203.

<sup>194</sup> A questo proposito, “un ruolo decisivo, già dagli inizi degli anni Sessanta, ebbero le riflessioni maturate in seno ai due principali partiti della sinistra, Pci e Psi, e ai sindacati, la Cgil in particolare, alle quali si affiancarono elaborazioni e pratiche portate avanti dai protagonisti della cosiddetta stagione dei movimenti, che ai temi della salute, della medicina e dell’ambiente diedero un contributo di altissimo rilievo, connettendolo alle più complessive istanze di trasformazione sociale e strutturale del Paese. In questo percorso emersero anche singolari biografie, punti di riferimento di un profondo ripensamento e rinnovamento medico-sanitario e più in generale del rapporto tra medicina, società e politica; figure di raccordo tra l’ambito medico-accademico, il mondo del lavoro e della fabbrica e lo spazio più propriamente politico. Spiccano tra queste Giovanni Berlinguer e Giulio Maccacaro.” (Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in “Studi storici”, n. 2, 2019, p. 418).

<sup>195</sup> Giorgi C., Pavan I., “*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*”. *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, cit., p.104.

<sup>196</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 204.

<sup>197</sup> Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in “Studi storici”, n. 2, 2019, p. 434.

<sup>198</sup> *Ivi*, p. 420.

collettiva, ad una questione sociale, andando a costituire diversamente il rapporto esistente tra il paziente e il medico, tra organizzazione centrale e decentrata, mirando ad una gestione della “cosa” sanitaria più diretta sia in un momento di forniture mediche prudenziali che in un momento eminentemente terapeutico.<sup>199</sup>

Infatti, “maturò progressivamente la convinzione che il diritto alla salute, costituzionalmente sancito dall’art. 32, comportasse scelte politiche nelle quali tutta la popolazione doveva essere attivamente coinvolta, scelte culturali e istituzionali volte a modificare nel profondo gli assetti del Paese, a qualificare la natura stessa della democrazia, dei suoi strumenti e presidi”.<sup>200</sup>

Alle spalle di questo processo altri fattori di stimolo sono stati rappresentati dalle realtà internazionali, tra cui spiccava l’esempio della Gran Bretagna che nel 1946 aveva istituito il *National Health Service* (NHS)<sup>201</sup>, ed è attraverso l’interazione di questi fattori e attori che l’evoluzione del nostro sistema sanitario va letta.

Infatti, le idee latenti di riforma che non trovano dimensione di espressione a causa di particolari interessi o, più frequentemente, per immobilismo partitico, possono farsi strada nell’ambito nazionale grazie a una cornice offerta dalla comunità internazionale che permette la diffusione di paradigmi generali, i quali vengono reinterpretati sulla base delle esigenze specifiche nazionali.<sup>202</sup>

Riferendoci nuovamente ai concetti di *governamentalità* e *biopolitica* di Foucault, è stato notato come “le prospettive *welfariste* non possano venire ricostruite come una *declinazione* di un’unitaria e compatta entità statale”.<sup>203</sup>

Infatti, “se lo Stato è la risultante di un intreccio di strategie politiche e di relazioni di potere e al contempo una pedina nell’interazione sociopolitica, se esso è momento e tramite di un’azione *governamentale*, l’espressione *Stato sociale* non rinvia tanto a un tipo o a una forma di Stato, quanto evoca un insieme di pratiche, saperi, apparati e istituzioni che convergono nel *trattare* i processi vitali della popolazione”.<sup>204</sup>

Nella formazione istituzionale sanitaria degli anni ’70-’80 “trovarono convergenza numerose forze politiche (gli stessi amministratori regionali e comunali) e figure

---

<sup>199</sup> *Ibidem.*

<sup>200</sup> *Ibidem.*

<sup>201</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit. p. 22.

<sup>202</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, Il Mulino, 2001, p. 172.

<sup>203</sup> Costa P., *Lo Stato sociale come problema storiografico*, in “Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno”, 2017, n. 46, t. I, p. 90.

<sup>204</sup> *Ibidem.*

professionali diverse (dagli urbanisti agli architetti ai medici) che riuscirono così a prospettare un modello di welfare opposto a quelle logiche burocratiche e a quei tratti corporativo-categoriali che avevano segnato il sistema italiano. Lo stesso concetto di *servizio sociale territoriale* emerso in quegli anni fu emblematico di una *domanda di servizi collettivi, decentrati e offerti a tutti in modo uguale*, di contro alla tradizionale logica particolaristica e monetaria di welfare opposto a quelle logiche burocratiche e a quei tratti corporativo-categoriali che avevano segnato il sistema italiano”.<sup>205</sup>

Il trasporre della sfera concettuale di quel che riguardava la salute in componenti effettivi dell’ambito politico-sociale rappresentò un fondamentale passaggio anche dal punto di vista dell’apprendimento democratico esperito dai cittadini italiani. La risposta di tipo politico all’istanza proveniente dal tessuto sociale riferita alla necessità di organizzare in maniera personalizzata la gestione delle opzioni disponibili in merito ai trattamenti medici, insieme alla rinnovata importanza attribuita alla prevenzione e alla gestione del tutto affidata ad un apparato decentralizzato e quindi più prossimo al locale, si delinearono come elementi di novità fondamentali dell’apparato statale.

Lo sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale nel secondo novecento viene infatti a configurarsi come un intrecciarsi di due traiettorie: da una parte quella che mette l’accento sull’importanza della salute dei cittadini quale perno del vivere collettivo e la cui assicurazione diviene quindi compito fondamentale dello Stato; dall’altra, vi è l’accrescersi dell’attenzione alle esigenze del singolo, che riflettono (e si riflettono in) eguali traiettorie di aumento di rilievo dell’individualizzazione del cittadino che progressivamente permeano la società italiana dalla nascita della Repubblica in poi, come anche accade nelle sfere dell’istruzione, della partecipazione politica e, più in generale, con l’aumentare dei diritti civili e politici che nel corso del secolo vengono a costituire uno standard a livello internazionale.<sup>206</sup>

### **1.2.1. I primi passi del riformismo sanitario alla luce dei fattori politico- istituzionali**

Il riformismo sanitario italiano ha attraversato nel corso della sua evoluzione legislativa e fino alla fine degli anni ’90 tre tappe fondamentali, di cui due consistono in riforme

---

<sup>205</sup> Giorgi C., Pavan I., “*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*”. *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, cit., p.106.

<sup>206</sup> *Ibidem*.

strutturali intervallate tra loro da una serie di misure e provvedimenti di varia natura volte a completarne il contenuto. Il processo di riformismo è stato tortuoso, dal momento che ridefinire un quadro normativo implica una ridefinizione dell'idea culturale di base che domina quello specifico ambito da disciplinare, e di conseguenza può verificarsi una sorta di improvvisazione da parte degli attori coinvolti che finisce per generare delle forme di incertezza e dissesto rispetto ad una condizione di stasi.<sup>207</sup>

Era necessaria, dunque, una ridefinizione del concetto stesso di assistenza, il cui significato evolveva e si perfezionava acquisendo un riferimento più ampio come di benessere sociale generale, abbandonando quella concezione piuttosto esigua che l'aveva caratterizzato fino agli anni '70, e cioè di semplice supporto al malato.<sup>208</sup>

Diversi sono i fattori che hanno contribuito alla richiesta di cambiamento istituzionale nella sanità italiana. Tra i molti spiccano il fallimento dello *status quo*, quindi l'incapacità del sistema sanitario esistente di soddisfare le richieste dei cittadini a cui si rivolge e l'incapacità di rispondere adeguatamente alla mutevolezza dei bisogni, seguito da fattori di contesto e dall'indebolimento degli attori di veto, intendendo con quest'ultimo il venire meno di coloro che preferiscono l'immobilismo delle istituzioni.<sup>209</sup>

Parallelamente all'indebolimento dei *veto players* si consolidano coalizioni con interessi specifici a sostegno di una liberalizzazione e rafforzamento regionale della sanità.<sup>210</sup>

Altro fattore da tenere in considerazione, e che ha caratterizzato l'intero processo di riforma, va individuato nella crisi dei rapporti centro-periferia.

Infatti, “dal momento che la sanità italiana era dal 1978 decentrata, la ridefinizione dei rapporti tra centro-periferia ha avuto un impatto sia sulla riforma sanitaria che sul processo di rafforzamento istituzionale delle regioni”<sup>211</sup>, concorrendo così al processo di *region building*.

Si vedrà più specificatamente nel terzo capitolo di questo elaborato come, ad esempio, il settore della salute mentale abbia sofferto notevolmente sia per i tagli di risorse che per il processo di regionalizzazione e, infatti, il malcontento diffuso ha dato vita ad attività di lobbying varie, portate avanti da utenti ma anche da figure accademiche e professionali del settore, uniti nell'obbiettivo di rivendicare maggiori tutele nel trattamento delle

---

<sup>207</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p.175.

<sup>208</sup> David P., *La politica dell'assistenza tra riformismo e tradizione*, in “Stato e mercato”, vol. 2, n.14, 1985, p. 321.

<sup>209</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p.165.

<sup>210</sup> *Ivi*, p. 172.

<sup>211</sup> *Ivi*, p.176.

patologie mentali.<sup>212</sup> Questo a conferma della tesi che le trasformazioni e le riforme sanitarie improntate al neoliberismo hanno tendenzialmente creato dei *deficit* di assistenza nella sanità pubblica per quanto riguarda la messa a disposizione di risorse e la qualità del servizio offerto.<sup>213</sup>

Ultimo elemento a fare da cornice al riformismo sanitario consiste in una combinazione di fattori politici ed economici, ad esempio, tra i fattori di contesto endogeni pensiamo al primo governo di centro-sinistra e alle tensioni fiscali, mentre guardando ai fattori esogeni, la caduta del muro e l'integrazione europea, a cui si aggiunge una congiuntura critica di questo periodo storico caratterizzata da tangentopoli.<sup>214</sup>

Tutti questi fattori, sommati alla scelta di privilegiare l'economicità delle cure a scapito della qualità delle stesse, hanno messo in luce, in ogni tappa fondamentale del riformismo sanitario, le criticità del sistema e l'esigenza di ripensarlo in termini di maggiore capacità di soddisfazione dei cittadini e di un uso migliore delle risorse pubbliche.<sup>215</sup>

Nell'analisi delle riforme sanitarie viene in rilievo, dunque, come queste siano state subordinate oltre che al Ministero della Salute anche a quello dell'Economia e della Finanza e a livelli regionali di decisione, si sono incrociate quindi dinamiche politiche su cui hanno giocato un ruolo importante anche i processi di privatizzazione, producendo nel concreto "la *marketization* del sistema di *welfare*, ovvero la crescente presenza di fornitori privati di servizi alla persona, dando vita ad una *mixed economy* in cui lo Stato perde centralità come *services provider* a favore del privato e delle famiglie, e ad un tipo di fornitura *informale*".<sup>216</sup>

### ***1.2.1.1. Dal principio alla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978***

Il vero momento di "inaugurazione" di una legislazione dell'ambito sanitario risale alla legge n. 2248 del 1865, attraverso la quale il complesso compito di gestire e tutelare la sanità pubblica veniva assegnato al Ministero dell'Interno e, a livello periferico, ai prefetti e ai sindaci. La legge n. 2248 troverà evoluzione nella legge Crispi-Pagliani del 1888, che

---

<sup>212</sup> Cammarota A., Raffa V., *Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?*, in "Società Mutamento Politica: rivista Italiana di sociologia", vol. 11, n. 22, p. 270.

<sup>213</sup> *Ivi*, p. 274.

<sup>214</sup> *Ivi*, p. 180.

<sup>215</sup> Cammarota A., Raffa V., *Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?*, cit., p. 265.

<sup>216</sup> *Ivi*, p. 268.

includeva al suo interno una teorizzazione embrionale di ciò che poi andrà a costituire la base per la profilassi delle malattie infettive. Questa legge, tuttavia, non arrivò mai a livelli di compimento tali da garantire un'assicurazione sociale obbligatoria contro i rischi di malattia e anche il periodo fascista, che seguì - e intervenne con delle modifiche nel settore sanitario - non produsse dei veri e propri cambiamenti, per i quali si dovrà attendere il dopoguerra.<sup>217</sup> Infatti, la drammaticità della situazione degli anni '50 e l'insufficiente sistema di *welfare* ereditato dal fascismo non fece che confermare l'inadeguatezza della legislazione sanitaria di quegli anni.<sup>218</sup>

Tra la fine degli anni '50 e gli anni '70, si susseguirono una serie di lotte e convegni sul tema della salute che diedero una spinta fondamentale nella diffusione di un tema delicato come quello della sicurezza sociale.<sup>219</sup> Tra le voci che si levavano sull'argomento, a giugno del 1959 si tenne anche un convegno nazionale della Cgil sul tema della sicurezza sociale in cui si discusse di come "il coordinamento a livello statale e la competenza a livello decentrato/locale avrebbero consentito la difesa e il miglioramento della salute dei lavoratori come di tutta la popolazione"<sup>220</sup>, ma l'aspetto interessante di questo convegno risiede nella quantità di interventi provenienti da personalità con competenze estremamente diversificate, tutte interessate ad una riorganizzazione del troppo obsoleto sistema sanitario tanto che, poi, con le lotte del '68 viene in rilievo come i sindacati inizino ad allargare il loro orientamento battendosi su un terreno più vario di riforme, anche non strettamente attinenti al mondo del lavoro.<sup>221</sup> Infatti, "gli obiettivi portati dai sindacati italiani alla negoziazione con il governo in questi anni furono più ampi di quanto non avvenne rispetto alla loro azione politica in altri paesi. Decisiva e centrale, dunque, fu l'elaborazione che il movimento per la difesa della salute maturò in seno all'esperienza della fabbrica e del sindacato."<sup>222</sup>

In questi anni furono Pci e Psi a inserire più frequentemente nei programmi elettorali proposte per il Sistema Sanitario Nazionale ed è stato notato come "il Pci agì in questi anni da *pungolo* nei confronti della maggioranza di Governo avanzando varie proposte in

---

<sup>217</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit. p.73.

<sup>218</sup> Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, cit., p.421.

<sup>219</sup> Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, cit., pp. 417- 455.

<sup>220</sup> *Ibidem*, p. 422.

<sup>221</sup> *Ivi*.

<sup>222</sup> *Ibidem*, p. 426- 427.

ambito assicurativo, previdenziale e sanitario”.<sup>223</sup> Così le lotte sindacali e le proposte dei partiti comunisti collimavano nel voler migliorare la situazione economica e sociale partendo dall’istituzione di un Servizio Sanitario Nazionale, il quale, come notato da Berlinguer (impegnato insieme a Luigi Longo a redigere un rapporto sul tema), era considerato “parte integrante e insostituibile di un programma economico, in ordine a numerose ragioni, tra le quali l’efficace redistribuzione del reddito, l’attuazione dell’articolo 3, comma 2°, e il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini, oltre che a ragioni connesse a una maggiore «produttività del lavoro»”.<sup>224</sup>

Altro convegno importante, avvenuto nel 1967, è stato quello su “La medicina e la società contemporanea” a cui parteciparono studiosi con formazioni varie che condividevano l’idea di base che “la malattia non potesse essere più considerata come un processo puramente biologico, essendo invece strettamente connessa con la vita sociale e il suo carattere storico”.<sup>225</sup>

Quindi, nonostante negli anni ’60-’70 l’articolo 32 della Costituzione si poteva dire sostanzialmente incompleto, queste riflessioni rappresentavano la specificità del caso italiano in cui l’ambito medico stava interessando tutti gli aspetti riguardanti la comunità, colmandosi di alleanze e sinergie sul tema della riforma.

Tuttavia, pur riconoscendone la necessità, uno studio dell’Istituto nazionale per l’assicurazione contro le malattie mise in rilievo i costi, considerati esorbitanti, di un’eventuale riforma sanitaria, provocando prima lo stallo e poi l’arenamento del progetto,<sup>226</sup> ma non si poteva più ignorare la precarietà della sanità italiana e, infatti, dal 1968 gli ospedali divennero enti pubblici e il Sistema Sanitario Nazionale (d’ora in poi indicato come Ssn) giunse a maturazione dotandosi di una sua autonomia amministrativa.<sup>227</sup>

Nell’agosto del 1974 fu approvata la legge n. 386, la quale estese a tutti i cittadini il diritto di assistenza ospedaliera e - come prevedibile - mostrava limpidamente il suo costo, reputato eccessivo da coloro che si opponevano alla riforma, ma “la non sostenibilità economica della riforma era tuttavia una posizione difficilmente sostenibile di fronte all’evidenza dell’incontrollabile aumento dei deficit degli enti mutualistici che appariva

---

<sup>223</sup> *Ivi.*

<sup>224</sup> *Ibidem*, p. 428.

<sup>225</sup> *Ibidem*, p. 432.

<sup>226</sup> *Ibidem*, p. 443.

<sup>227</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 74.

a tutti ben oltre il livello di guardia e che minacciava di portare al collasso l'intero sistema".<sup>228</sup>

Ed è attraverso questi precedenti che si giunge all'elaborazione della legge n. 833 del 1978, la quale comporta l'estensione a tutti i cittadini di prestazioni sanitarie, subentrando a quelle che erano le mutue categoriali e prevedendo che i contributi vengano ridistribuiti dal fondo sanitario nazionale alle regioni e da queste ultime ai fornitori delle prestazioni.<sup>229</sup>

Dal '78 ai primi anni '80 del 900 si verifica un "consolidamento del vecchio modello di welfare fondato sulla penetrazione politica delle strutture amministrative e sulle pressioni individuali sull'apparato burocratico preposto all'erogazione delle prestazioni in cambio di consenso. Ad esempio, la scelta di creare un sistema sanitario integrato, pubblico e decentrato sul territorio ha rafforzato la possibilità di controllo politico partitico della sanità e al tempo stesso di uso particolaristico delle risorse sanitarie".<sup>230</sup> Questo nuovo sistema già nel corso degli anni '80 ha iniziato a manifestare i suoi limiti sia dal punto di vista meramente organizzativo ma anche sotto il profilo istituzionale, dal momento che i partiti politici hanno frequentemente sfruttato le questioni di politica sanitaria per ottenere maggiore consenso.<sup>231</sup> I problemi di tipo istituzionale erano evidenti nel *policy making* nazionale, dal momento che negli anni '80 si è sviluppata una dipendenza dell'esecutivo nei confronti del parlamento, con quest'ultimo "particolarmente pronto a rispondere a pressioni dei gruppi di interesse come medici e case farmaceutiche, che infatti hanno avuto una forte influenza non solo in fase di approvazione della legge n. 833 del 78, ma anche durante la fase di sua implementazione, favorendo invece la presa di decisioni a carattere particolaristico prive di un disegno unitario".<sup>232</sup>

A sommarsi alla questione della frammentazione partitica altre problematiche dipendevano dal personale, frequentemente incaricato non tanto per professionalità quanto secondo logiche di affiliazione partitica.<sup>233</sup> Inoltre, a causa della politicizzazione delle USL il controllo politico ha finito per essere presente anche nelle decisioni prettamente amministrative.<sup>234</sup>

---

<sup>228</sup> Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, cit., p. 444.

<sup>229</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 78.

<sup>230</sup> *Ibidem*, p. 182.

<sup>231</sup> *Ibidem*, p. 80.

<sup>232</sup> *Ivi*.

<sup>233</sup> *Ivi*.

<sup>234</sup> *Ibidem*, p.82.

Anche l'aspetto finanziario ha mostrato fin da subito delle problematiche, perché tra Stato e regioni non vi erano concordanze di mezzi e obiettivi e si perseguivano frequentemente politiche contrastanti tra i due livelli di governo. Ad esempio, mentre a livello centrale si seguivano politiche restrittive, a livello regionale si superavano i limiti spendendo più delle risorse disponibili creando così situazioni di crisi nel sistema sanitario e anche squilibri territoriali dovuti alla regionalizzazione che si sostanzava in erogazioni differenti dei servizi sia dal punto di vista dell'efficacia che dell'efficienza.<sup>235</sup> Inoltre, le regioni recepiamo in maniera divergente i procedimenti legislativi che venivano varati a livello centrale creando incoerenza e discontinuità nella gestione del Ssn.<sup>236</sup> Mentre nel corso degli anni '80 si era assistito ad una volontà da parte dei partiti di ritardare l'adozione di politiche ritenute impopolari o scaricarne la responsabilità ad altri<sup>237</sup>, verso la fine del decennio si verifica una fase di "indebolimento dei partiti e autonomizzazione dell'esecutivo rispetto al parlamento"<sup>238</sup>, questi elementi sommati all'incapacità di contenere la spesa e garantire un sistema efficiente finiscono per compromettere l'esistenza di tutto il Ssn.<sup>239</sup> In questo periodo gli immobilisti riescono a prevalere e i "governi di pentapartito cercano di correre ai ripari avviando una nuova fase di gestione finanziaria volta da un lato a contenere la domanda di prestazioni tramite la compartecipazione degli utenti alla spesa e dall'altro responsabile a responsabilizzare le regioni e le USL. Quindi la politica sanitaria negli anni '80 assume la configurazione di una contrattazione permanente tra lo Stato centrale, chiamato a ripartire le risorse finanziarie disponibili, e le regioni, destinatarie delle risorse e interessate a vedere annualmente garantita la copertura, oltre che della spesa storica, anche dei costi sanitari aggiuntivi".<sup>240</sup>

---

<sup>235</sup> *Ivi*.

<sup>236</sup> *Ibidem*, p.84.

<sup>237</sup> Con riferimento a ciò, "i partiti italiani nel corso degli anni '80 hanno cercato di scaricare sul governo l'approvazione di decisioni impopolari, come poteva essere l'introduzione di nuovi ticket, attribuendo spesso la responsabilità di queste decisioni o alle regioni o alla Comunità europea. Contemporaneamente, però, i partiti interessati a impedire la depoliticizzazione delle USL e l'introduzione di logiche di tipo manageriale hanno lavorato dietro le quinte per bloccare qualsiasi riforma strutturale del Servizio Sanitario Nazionale e in particolare per impedire una riforma della legge n. 833 del '78. Infatti, per quanto gli anni '80 si caratterizzano per la volontà di modificare questa legge, vengono solamente approvate alcune misure di razionalizzazione della spesa sanitaria, che in molti casi subiscono successive modificazioni in senso meno restrittivo, se non addirittura abrogate." (Maino F., *La politica sanitaria*, p. 184).

<sup>238</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 172.

<sup>239</sup> *Ivi*, pp. 175- 183.

<sup>240</sup> *Ivi*, p.184.

### ***1.2.1.2. La “riforma della riforma” con la legge 421/92, il decreto legislativo 502/92 (poi D.lgs 517/93)***

Nel corso degli anni '90, le riforme sanitarie che si sono susseguite anelavano a ristrutturare l'aspetto istituzionale della sanità, anche attraverso una riqualificazione dei rapporti esistenti tra pubblico e privato.<sup>241</sup>

Nel complesso, ciò che si è verificato in questo periodo è stato una maggiore dispersione burocratica per mezzo di una regionalizzazione che ha permesso, a sua volta, un processo di *managerializzazione* della sanità pubblica e una responsabilizzazione regionale sulle spese, possibile grazie alla previsione di nuovi criteri di finanziamento.<sup>242</sup>

Infatti, “la riforma della riforma”, dopo aver attraversato un iter di elaborazione a dir poco complicato in termini di dinamiche parlamentari che sono emerse, acquisisce concretezza a seguito di alcune vicende che hanno visto protagonista il Governo Amato, il quale si trovò ad operare in un momento finanziario difficile per il nostro paese.<sup>243 244</sup>

Tale governo riuscì ad ottenere diverse deleghe in materie pubbliche, dalla sanità alla finanza territoriale, e la riorganizzazione del sistema sanitario di quegli anni fu fatta rientrare in un complesso “pacchetto” di riduzione generale della spesa pubblica, misure che provocarono un immobilismo esplicitato attraverso la prassi dei veti incrociati.<sup>245</sup>

La questione verrà sbloccata da una presa di consapevolezza da parte degli attori coinvolti dell'importanza della questione sanitaria, non più vista a scapito delle questioni economiche, bensì correlata ad una serie di urgenze da affrontare in quel periodo. Tuttavia, c'è da considerare che gli attori maggiormente coinvolti e che manifestarono la volontà di avviare un percorso di riforma sanitaria erano esponenti del PSI e PLI - quindi fra i più compromessi negli illeciti legati a tangentopoli - ed è anche per questo che il periodo che seguirà al 1992 si caratterizzerà per i non pochi vacillamenti nel concretarsi della riforma sanitaria.<sup>246</sup>

Il motivo per cui la riforma del '92 viene considerata una tappa cruciale in quello che sarà definito il percorso di formazione del nostro sistema sanitario risiede non nell'aver

---

<sup>241</sup> Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 229.

<sup>242</sup> *Ivi*, p. 231.

<sup>243</sup> In questi anni si attuano “politiche di risanamento della finanza pubblica e di controllo della spesa dettate dagli obiettivi di convergenza macroeconomica degli accordi di Maastricht e la sanità è considerata da molti uno dei settori cardine del risanamento.” (Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, in “Popolazione e storia”, vol. 6/1, 2005, p. 60).

<sup>244</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 86.

<sup>245</sup> *Ivi*, p.187.

<sup>246</sup> *Ivi*, p. 189.

modificato il sistema in sé, ma nell'aver apportato delle modifiche che - seppur sostanziali - non andavano ad intaccare gli assiomi che costituivano l'esistenza stessa del sistema sanitario ma si limitavano a delle modificazioni dei suoi lati organizzativi, come la programmazione dei LEA e i criteri di finanziamento regionale.<sup>247</sup>

Infatti, a partire dalla legge 421/92 da cui scaturirà il decreto legislativo 502/92 (poi modificato dal D.lgs 517/93) si avrà un'assegnazione delle competenze sanitarie ripartite tra tre livelli della *governance*: governo, regioni e Asl e aziende ospedaliere.<sup>248</sup>

Tra le novità introdotte, dal '92 la delegificazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) viene sottratta al parlamento per essere programmata da parte del governo mentre viene previsto, in aggiunta al primo, un Piano Sanitario Regionale (PSR) elaborato da parte dalle regioni che rappresentano da questo momento il secondo livello di *governance*.<sup>249</sup>

Si prevede "il principio dell'accreditamento", secondo cui erogatori di prestazioni pubblici e privati debbano essere finanziati sulla base delle tariffe, fissate dalle regioni secondo criteri stabiliti dal Ministero della Sanità, per le prestazioni concretamente erogate.<sup>250</sup>

Inoltre, con riferimento ai criteri di finanziamento, dalla legge del '78 all'inizio degli anni '90 il finanziamento sanitario era stato di tipo misto – derivante parzialmente da contributi e parzialmente da fiscalità generale - sicché l'attribuzione dei contributi sociali in capo alle regioni determinò senz'altro un'accelerata che risulterà di fondamentale influenza su quello che sarà il processo di decentramento che investirà il sistema sanitario italiano negli anni successivi.<sup>251</sup>

Con il decreto n. 502/92 vennero introdotti i LEA, ossia i livelli assistenziali minimi garantiti a tutti i cittadini e assicurati con finanziamenti centrali e i cittadini sono liberi di scegliere tra strutture pubbliche e private dal momento che viene introdotto il principio di libera concorrenza che equipara rendendo alternativi – e non più integrativi - i fornitori privati rispetto ai pubblici.<sup>252</sup>

È stato evidenziato come uno dei risultati prodotti dalla riforma del 1992 è stato uno spostamento del fulcro di forza dagli enti locali alle regioni e sarà a partire da questo momento che le regioni intraprenderanno "un generale rafforzamento del processo di

---

<sup>247</sup> *Ivi*, p. 87.

<sup>248</sup> *Ibidem*.

<sup>249</sup> *Ivi*, p. 89.

<sup>250</sup> Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, cit., p. 60.

<sup>251</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., pp. 91 - 92.

<sup>252</sup> Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, cit., pp. 60- 61.

*region building*”<sup>253</sup> risultando, oltre che rafforzate, fondamentali nell’analisi della politica sanitaria avendo giocato ruoli cruciali tanto nei meccanismi di finanziamento quanto nella gestione di tipo aziendalistico della sanità,<sup>254</sup> segnando quindi l’abbandono del modello politico-rappresentativo tipico delle USL a favore di uno tecnico-aziendale.<sup>255</sup>

Come accennato sopra, la cornice di tutto il processo di riforma, e che in parte servirà a facilitare il decentramento sanitario, è la crisi economica e sociale che ha come protagonista le vicende italiane degli anni ’90 ed è stato notato come sia alla luce delle vicende di questi anni che è possibile interpretare la necessità del governo centrale di decentrare per “scaricare poteri, responsabilità ed oneri su un livello inferiore di governo, forse anche per evitare il biasimo per la crescita del carico fiscale da parte di un elettorato sempre più insoddisfatto”.<sup>256</sup>

La regionalizzazione di questi anni è stata considerata un gioco rischioso, che ha messo in palio la gestione di una tra politiche pubbliche più importanti come la sanità, ma tale gioco risultava tuttavia coerente, secondo alcuni, con un progetto federalista che ha investito anche altre politiche.<sup>257</sup>

### ***1.2.1.3. La “riforma ter” con D.lgs. 229/99***

Durante il governo Prodi, nel luglio del 1998, venne approvato il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 il quale, accompagnato da una fase di investimenti nel settore sanitario, rappresentava uno strumento di programmazione fondamentale. Con la nomina di Rosy Bindi come Ministro della Sanità si procedette ad una razionalizzazione del sistema sanitario passando attraverso la legge delega 419/1998 per giungere alla formulazione del d.lgs. n.229/1999, e questo avvenne nonostante le regioni fossero ancora indietro nell’implementazione del riordino del’93.<sup>258</sup>

Il d.lgs. n.229/99 costituì un cambio di rotta rispetto ai meccanismi di “competizione amministrata” che avevano caratterizzato le riforme del ’92-’93<sup>259</sup>, in quanto il d.lgs. n. 229/1999, anche detto “Riforma Ter” o “Riforma Bindi”, si propone di completare aspetti

---

<sup>253</sup>Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 207.

<sup>254</sup>*Ivi*, pp. 198 - 200.

<sup>255</sup>Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 232.

<sup>256</sup>Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 204.

<sup>257</sup>*Ivi*, pp. 205 – 208.

<sup>258</sup>Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell’Italia del dopoguerra*, cit., p. 61.

<sup>259</sup>Ferrera M., *Le politiche sociali*, cit., p. 235.

lasciati irrisolti e riguardanti la natura e l'organizzazione delle Asl e degli ospedali ma anche più in generale questioni relative alla modalità di pagamento degli erogatori delle prestazioni e il rapporto tra Stato e Regioni alla luce del federalismo, al punto che la riforma rappresenta un ritorno alla "cooperazione amministrata" e legifera in maniera puntuale le rispettive responsabilità e gli aspetti organizzativi dei soggetti istituzionali e degli operatori sanitari, ed è soprattutto per quest'ultimo aspetto che nel corso della stesura ha incontrato l'opposizione dei sindacati, supportati dai partiti di centro-destra, i quali hanno protestato per la ridefinizione della professione medica.<sup>260</sup>

Bisogna tuttavia considerare che negli anni '90 era frequente ricorrere alla concertazione in fase di *policy making*, strategia che ha permesso di approvare diverse riforme decisive nel momento il cui la concertazione si dispiegava non solo fra governo e sindacati quanto fra governo ed enti regionali e locali.<sup>261</sup>

Il dibattito attorno alla Riforma Ter è stato talmente vivace da canalizzare l'opinione pubblica e influire probabilmente, dopo la caduta del Governo D'Alema e l'istituzione del Governo Amato, sulla scelta di sostituire il Ministro Bindi con Veronesi, cambiamento che ha suscitato incertezza sulle sorti della sanità italiana poiché rimanevano diverse questioni irrisolte riguardanti i rapporti tra centro e periferia ma anche riguardo l'organizzazione della professione medica.<sup>262</sup>

Rispetto alle riforme del '92-'93, figlie di un governo tecnico, la riforma del '99 ha rimesso al centro il ruolo del governo sull'aspetto della programmazione sanitaria con l'obiettivo di controbilanciare quell'autonomia acquisita dalle regioni sul versante finanziario senza tuttavia privare le regioni dell'autonomia fatta propria in termini di responsabilità e gestione primaria nell'organizzazione dei servizi di cura e prevenzione, potendo concorrere alla definizione del PSN.<sup>263</sup> Tuttavia, se si considera che nello stesso periodo altri ministeri alimentano il rafforzamento regionale con l'introduzione di un Patto di Stabilità interno<sup>264</sup> e la legge delega sul federalismo fiscale, è stato notato come

---

<sup>260</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., pp. 192 – 195.

<sup>261</sup> *Ibidem*.

<sup>262</sup> *Ibidem*.

<sup>263</sup> *Ivi*, p.189.

<sup>264</sup> A questo proposito, il Patto di Stabilità interno aveva come obiettivo principale il controllo della spesa sanitaria, prevedeva un criterio di corresponsabilizzazione dell'indebitamento tra diversi livelli di governo e impegnava gli enti territoriali a ridurre il disavanzo finanziario. (Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p. 160).

la sanità dal punto di vista finanziario sia responsabilità di un “animale tricefalo” ossia delle regioni, del Ministro della Sanità e del Ministro del Tesoro.<sup>265</sup>

La “riforma Bindi”, dunque, è stata considerata un perfezionamento della “riforma della riforma” dal momento che riprende quelli che sono i principi ispiratori del Ssn, ribadendo i criteri di regionalizzazione e aziendalizzazione delle strutture alla luce di un PSN programmato a livello centrale.<sup>266</sup>

### **1.2.2. Le traiettorie della sanità italiana nel nuovo millennio**

Abbiamo visto come la l. n. 833/78 si caratterizzava per prevedere un sistema sanitario centrato ma alquanto sbilanciato, con un ruolo delle USL che sfuggivano al controllo statale, poiché non si prevedevano dei criteri di responsabilizzazione regionale per controllare le spese sanitarie, mentre le riforme degli anni '90 si sono caratterizzate per la volontà di introdurre un processo di decentramento regionale e una razionalizzazione del sistema. Gli anni duemila si aprono, dunque, con l'ambizione di completare il decentramento già in atto e questo avviene nel concreto con il decreto legislativo n.56/2000, riguardante disposizioni in materia di federalismo fiscale, ma più concretamente il decentramento si raggiunge attraverso la riforma apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione. Quindi, mentre fino alla fine degli anni '90 l'obiettivo è stato quello di regolare il funzionamento del Ssn per mezzo di riforme nazionali, dal 2000 in poi la sanità seguirà delle traiettorie che la vedranno declinarsi tra accordi o intese tra stato e regioni o attraverso distinte leggi regionali per ciascun Servizio Sanitario Regionale. Questo non ha implicato una sostituzione o una modifica sostanziale dei principi regolamentatori elaborati fino a quel momento e lo dimostra il fatto che la maggioranza delle regioni ha riprodotto quasi interamente i contenuti del decreto Bindi, tuttavia, la declinazione sanitaria conoscerà delle differenziazioni tra le impostazioni regionali pur mantenendo sempre la caratteristica di un Ssn formalmente unitario grazie anche ad una serie di elementi di coordinamento rimasti regolamentabili a livello nazionale, come i LEA.<sup>267</sup> Mentre la prima fase si può dire prevalentemente costitutiva e riformista del Ssn, a partire dagli anni 2000 si aprirà una fase di recepimento e attuazione a livello regionale di quelli che sono gli assetti ormai consolidati del sistema sanitario e

---

<sup>265</sup> Maino F., *La politica sanitaria*, cit., p.189.

<sup>266</sup> Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, cit., p. 61.

<sup>267</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, p. 44.

delle sue riforme che le regioni, in alcuni casi, si sono limitate a confermare.<sup>268</sup> Nonostante ciò, le regioni hanno comunque frequentemente contestato gli interventi normativi invadenti da parte del livello centrale considerandoli compromettenti dell'autonomia regionale, ma la necessità di contrastare il rischio di iniquità territoriale vede attribuire allo stato la possibilità di legiferare in via esclusiva su alcune materie. Il concetto di equità, infatti, sarà presente a partire dal primo Piano Sanitario Nazionale del 1994-1996 e in tutti i successivi, venendo prima concepito come *obbiettivo* del sistema sanitario e negli anni successivi come *necessario fondamento* di tutte le politiche sanitarie. Tuttavia, la diversa disponibilità finanziaria delle regioni e il diverso grado di copertura della spesa che esse assicurano continuano a destare diverse preoccupazioni sul raggiungimento dell'equità a livello territoriale della sanità. La motivazione alla base di queste preoccupazioni risiede nella diversa offerta sanitaria delle regioni italiane sia da un punto di vista qualitativo dei servizi sia da un punto di vista quantitativo degli stessi, da cui deriva una sostanziale differenza delle condizioni di salute della popolazione in base alle regioni di appartenenza.<sup>269</sup>

#### ***1.2.2.1. Il decreto legislativo n. 56/2000 e l'accordo Stato – Regioni***

Il decreto n.56/2000, recante disposizioni in materie di federalismo fiscale, rappresenta il primo passo in avanti nella direzione del decentramento e introduce un federalismo fiscale e la compartecipazione regionale al gettito delle imposte Iva, Irpef e Irap per mezzo di risorse proprie, prevedendo l'istituzione di un "fondo di solidarietà perequativo" volto ad assicurare indipendentemente dai criteri di residenza l'accesso ai LEA a tutti i cittadini.<sup>270</sup> Inoltre, a partire dal decreto n. 56/2000, le regioni diventano libere di ripartire in autonomia le risorse disponibili tra i vari settori (sanità, ambiente, trasporti, istruzione) e si stabilisce la responsabilità esclusiva in capo alle regioni in caso di disavanzo nella gestione sanitaria. Mentre il decreto sul federalismo fiscale riguarda l'autonomia regionale sul versante del finanziamento, abolisce il precedente Fondo Sanitario Nazionale e lascia confusione sul significato attribuibile ai LEA,<sup>271</sup> il vero passo in avanti rispetto al "decreto Bindi" si avrà successivamente con la legge n. 405 del 2001 - la quale

---

<sup>268</sup> *Ibidem*, p. 65.

<sup>269</sup> Egidì V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, cit., p. 70.

<sup>270</sup> *Ibidem*, p. 63.

<sup>271</sup> Pammolli F., Salerno N. C., *La definizione operativa dei Lea 'chiave di volta' del federalismo*, in "Note Cerm", settembre, 2004, pp. 3-4.

recepiva i contenuti del secondo accordo Stato-Regioni dell'8 agosto del 2001<sup>272</sup> e attraverso cui le regioni acquistano ampi spazi di autonomia, poiché introduce delle modifiche al sistema di erogazione delle prestazioni e vincolava le regioni a contenere la spesa sanitaria per il triennio successivo - e poi con la riforma costituzionale del titolo V.<sup>273</sup> In seguito all'accordo del 2001 verranno ridefiniti i livelli essenziali di assistenza per la prima volta - LEA di cui si tratterà più dettagliatamente nel terzo capitolo di questo elaborato - e, stando ai termini dell'accordo, si è fatto in modo che tutti i bilanci regionali chiudessero in pareggio, motivo per il quale il 2001 si considera "l'anno zero del federalismo fiscale sanitario".<sup>274</sup>

#### ***1.2.2.2. La riforma costituzionale del titolo V e la governance regionale***

La legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", ha introdotto delle novità sull'equilibrio dei poteri tra stato e regioni.<sup>275</sup>

Con riferimento all'art. 117, la revisione del Titolo V ha distinto materie a legislazione esclusiva dello stato, da quelle a legislazione esclusiva delle regioni e, ancora, da quelle a legislazione concorrente, facendo rientrare in quest'ultime materie la tutela della salute e attribuendo una potestà legislativa alle regioni e la determinazione degli standard delle prestazioni allo stato.<sup>276</sup>

Nei primi cinque anni del 2000 l'entrata in vigore delle modifiche al Titolo V della Costituzione implicò tutt'una serie di forme di adeguamento (o in alcuni casi assenza di adeguamento) da parte dei Servizi Sanitari Regionali, molti dei quali hanno consolidato i rispettivi "modelli" sanitari già utilizzati, confermando così un pieno riferimento al Ssn.<sup>277</sup> Ad esempio, il sistema sanitario regionale del Piemonte ha disposto all'art. 9 del suo Statuto che "il sistema sanitario regionale opera nel quadro del sistema sanitario

---

<sup>272</sup> Accordo recepito prima dal Decreto-legge n. 347/2001 e poi convertito nella Legge n. 405/2001.

<sup>273</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, p. 67.

<sup>274</sup> Pammolli F., Salerno N. C., *La definizione operativa dei Lea 'chiave di volta' del federalismo*, in "Note Cerm", settembre, 2004, p. 5.

<sup>275</sup> Maino F., *La sanità fra Stato e regioni*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica" 1/2003, p. 102.

<sup>276</sup> Si veda art. 3 in Legge costituzionale 18 ottobre 2001, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 248 del 24 ottobre 2001.

<sup>277</sup> Balduzzi R., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in "Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale", 5/2005, p.721.

nazionale”<sup>278</sup>, situazione che non si è verificata in altre regioni nelle quali si accerta un reale e concreto impegno ad attuare una rifinitura del sistema.<sup>279</sup>

La tendenza comune è stata quella non di introdurre normative ex novo quanto di recepire adeguatamente con normative integrate o modificate i precetti della riforma del 1999, un caso lampante di integrazione è stato rappresentato dalla regione Emilia-Romagna mentre lo scostamento maggiore si è verificato nel caso della Lombardia, quest’ultima può infatti considerarsi l’unico caso di digressione dagli altri esperimenti regionali.<sup>280</sup> È stato evidenziato come a seguito della riforma l’obiettivo regionale sia stato quello di “puntare più sulle coerenze di sistema che sull’autonomia”<sup>281</sup>, nel senso che si è assistito “più che a una rivendicazione di modelli, all’accentuazione di questa o quella puntuale caratteristica, entro il modello statale condiviso, anche in considerazione della quasi contestualità tra la revisione costituzionale del 2001 e l’attuazione di una legge quadro statale innovativa”.<sup>282</sup> Oltre queste propensioni, introdurre una riforma costituzionale ha prodotto diversi interventi della Corte, i quali hanno prodotto un eco notevole anche al di fuori del caso specifico preso in analisi. Tra le prime pronunce costituzionali, con la sentenza n. 282 del 2002 si sono affrontati alcuni nodi interpretativi seguiti alla legge n. 3 del 2001 con riferimento specifico alle competenze legislative<sup>283</sup>, affermando che “la nuova formulazione dell’art. 117, terzo comma, rispetto a quella previgente dell’art. 117, primo comma, esprime l’intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina”.<sup>284</sup> Implicando con ciò che il riparto di competenze annulla ogni sovra-ordinazione della legge statale alla legge regionale, poiché allo stato spetta l’esclusiva determinazione dei principi fondamentali pur dovendo le regioni, come precisato dalla suddetta sentenza, dedurre o individuare (in caso di silenzio da parte del livello centrale) i principi fondamentali, permettendo quindi implicitamente alle regioni una ulteriore valorizzazione del loro ruolo.<sup>285</sup> Accanto a pronunce come questa si sono

---

<sup>278</sup> *Ibidem.*

<sup>279</sup> *Ibidem.*

<sup>280</sup> *Ivi*, p.724.

<sup>281</sup> *Ivi*, p.731.

<sup>282</sup> *Ibidem.*

<sup>283</sup> *Ivi*, p. 737.

<sup>284</sup> Corte Cost., 20 maggio 2002, n. 282..

<sup>285</sup> La sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale: prime interpretazioni delle disposizioni costituzionali sull’esercizio del potere legislativo delle Regioni di Claudio Tucciarelli. [https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/old\\_pdf/997.pdf](https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/old_pdf/997.pdf)

prodotti e affermati accordi o intese tra le contrapposizioni verificatesi tra il livello centrale e quello regionale, ed è infatti nell'ambito della Conferenza Stato Regioni che sono state definite le linee di azione comune e gli indirizzi della produzione normativa in ambito sanitario<sup>286</sup> senza, tuttavia, privare il Ministero della Salute, a cui fa capo la materia, di indirizzare l'orientamento sanitario dal momento che, come chiarito anche dalla sentenza della Corte costituzionale n. 116 del 1994, la Conferenza Stato Regioni è un'istituzione volta a mettere in atto la cooperazione tra i due livelli<sup>287</sup>, la quale permette il concretizzarsi del "principio di leale collaborazione".<sup>288</sup> Nel complesso, va considerato che le azioni attuate negli ultimi anni sono state considerate frastagliate e modeste al punto da "far pendere l'ago della bilancia più sul versante della salute che su quello della sanità"<sup>289</sup>, e si è assistito ad una forma di oppressione nei confronti della politica sanitaria per questioni di bilanci e carenza di risorse che hanno causato un contenimento della spesa sanitaria a favore di un risanamento della finanza pubblica.<sup>290</sup> Questo è un aspetto utile per capire la condivisione del luogo decisionale con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e per giustificare la maggiore attenzione prestata in questi anni alle politiche di promozione e protezione sanitaria rispetto a quelle di riorganizzazione del Sistema.<sup>291</sup> In questo quadro, oltre a prodursi una coalizzazione quasi collettiva tra regioni contro il governo centrale, è emerso in maniera più preponderante il fenomeno della "programmazione negoziata" nel corso della definizione dei piani regionali, fenomeno che, attraverso processi più o meno formali, ha incluso tra i protagonisti diversi attori coinvolti nella questione sanitaria come Asl, ospedali e produttori privati.<sup>292</sup> In questi anni, logiche inclusive hanno in parte migliorato l'appropriatezza delle prestazioni andando a confermare "l'impostazione di fondo di Servizi sanitari regionali fondati, da una parte, sulla centralità del ruolo del settore pubblico regionale, sia come programmatore che come erogatore diretto, dall'altra, sulla tendenza a ricercare la cooperazione e l'integrazione degli altri attori pubblici e privati nel sistema".<sup>293</sup>

---

<sup>286</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit. p. 74.

<sup>287</sup> Sentenza n.116 del 1994 della Corte costituzionale, pubblicata in «Gazzetta Ufficiale» n. 16 del 13 aprile 1994.

<sup>288</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit. p. 96.

<sup>289</sup> Neri S., Maino F., *La politica sanitaria ai tempi della "devolution"*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica" 1/2006, p. 135.

<sup>290</sup> *Ivi*, p. 136.

<sup>291</sup> *Ibidem*.

<sup>292</sup> *Ivi*, p.140.

<sup>293</sup> *Ivi*, p.141.

Ai fini di questa analisi non si può sottovalutare il ruolo dei rapporti di forza tra il livello centrale ed il livello regionale. È stato notato che se si è creato un rafforzamento del livello regionale nella gestione delle politiche sanitarie questo è stato agevolato da una scarsa attenzione che il livello centrale ha prestato ai progetti di riorganizzazione rispetto alla questione del contenimento dei costi nei primi anni della devoluzione.<sup>294</sup> La Conferenza Stato-Regioni è diventata lo spazio entro cui il livello regionale ha provato a coalizzarsi per opporsi al governo centrale, dimostrando rafforzamento soprattutto attraverso la maggiore intesa tra le stesse che derivava proprio dall'opportunità di differenziazione.<sup>295</sup> Tuttavia, è stato notato come "la differenziazione risulta più evidente nelle dichiarazioni di intento e nei documenti di indirizzo generale (come i Piani sanitari o socio-sanitari) delle giunte regionali, per poi attenuarsi sul terreno delle scelte operative, più vischioso e guidato spesso dalle necessità contingenti, oltre che dall'eredità istituzionale e organizzativa del passato".<sup>296</sup> Quanto fin qui delineato risulta utile ai fini della nostra analisi sia per avere un quadro di insieme dell'evoluzione del sistema sanitario in Italia, ambito di riferimento dei casi che verranno presi in considerazione nei prossimi capitoli, ma anche per ribadire come, alla luce del processo di devoluzione avvenuto nel nostro paese, i luoghi del processo decisionale - e quindi i punti di accesso ai decisori pubblici - da prendere in considerazione nel fare lobbying non possono prescindere dall'analisi dell'assetto dei poteri e dall'assetto istituzionale, quindi da come sono ripartite fra gli organi le funzioni statali e come sono ripartite le competenze tra le istituzioni territoriali in ordinamenti multilivello come il caso italiano.<sup>297</sup>

In conclusione, ciò implica che nella molteplicità dei lobbyisti che ruotano attorno a questo settore non vanno esclusi quelli c.d. "orizzontali" o "verticali", identificando con i primi coloro che manifestano un interesse allo stesso livello di governo a cui appartengono e, con i secondi, tutti coloro i quali rappresentano interessi di livelli territoriali ad un livello centrale.<sup>298</sup>

---

<sup>294</sup> Neri S., Maino F., *La politica sanitaria ai tempi della "devolution"*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica" 1/2006, p. 136.

<sup>295</sup> *Ibidem*, p. 137.

<sup>296</sup> *Ibidem*, p.139.

<sup>297</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 70.

<sup>298</sup> *Ivi*, p. 40.

## **CAPITOLO SECONDO: IL CASO DI LOBBYING SULLA LEGGE N°119/2017, LA “LEGGE VACCINI”**

### **2.1 Breve quadro normativo nazionale sui vaccini prima del decreto n. 73/2017**

#### **Lorenzin**

Nell’analisi delle politiche vaccinali in Italia sono state distinte quattro fasi che rappresentano dei momenti di congiuntura critica nello studio delle dinamiche che hanno caratterizzato la percezione vaccinale nel nostro paese: la prima che va dal 1978 al 1998 chiamata “dell’eradicazione”; la seconda che va dal 1999 al 2008 corrispondente alla fase “dell’adesione consapevole”; la terza fase che va dal 2009 al 2014 caratterizzata dalla “*vaccine hesitancy*”; e infine, la quarta fase manifestatasi dal 2015 al 2018 detta del “rinforzo degli obblighi”.<sup>299</sup>

Invero, la prima tra le vaccinazioni obbligatorie fu quella contro il vaiolo e rientrava nell’art. 51 della legge Crispi-Pagliani,<sup>300</sup> con la quale nel 1888 si fornì alla sanità italiana un primo quadro organizzativo. Tale obbligo vaccinale venne in seguito sospeso, convertendo anche il reato di omissa vaccinazione in illecito amministrativo, per poi essere definitivamente abolito nel 1981.<sup>301</sup> Nel periodo tra il 1978 ed il 1998 le vaccinazioni obbligatorie previste erano quattro e già in quegli anni si discusse attivamente sulla possibilità di estendere l’obbligatorietà ad altre vaccinazioni per le quali però le proposte di legge, nonostante i numerosi pareri scientifici a supporto, si arenarono non vedendo la luce dell’approvazione.<sup>302</sup> Il motivo del fallimento, secondo parte della dottrina, fu la prevalenza di orientamenti progressisti che facevano leva più sul principio del consenso informato che sulla coatta esecuzione delle vaccinazioni o sulla previsione di un apparato sanzionatorio.<sup>303</sup> A partire dal 1999 si realizzò una maggiore adesione ai vaccini raccomandati e conseguentemente una notevole diminuzione dell’incidenza delle malattie infettive; inoltre, attraverso lo strumento dei Piani Nazionali Vaccini, in questi

---

<sup>299</sup> Signorelli C., Quarant’anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia, in “Acta Biomed”, vol. 90, n.1, pp.127-133, 2019, pp. 128 – 131.

<sup>300</sup> Per approfondimenti sulla legge Crispi-Pagliani si rimanda al paragrafo 1.2.1.1. “Dal principio alla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978” di questo elaborato.

<sup>301</sup> Casula M., Toth F., Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale” n. 2, 2019, p. 280.

<sup>302</sup> Signorelli C., Quarant’anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia, cit., p. 128.

<sup>303</sup> Plutino M., Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche, in “dirittifondamentali.it”, 2017, p.5.

ultimi anni si è dedicata attenzione non solo al calendario vaccinale ma anche alla sorveglianza per gli effetti avversi.<sup>304</sup> Tuttavia, dal 2001, a seguito della modifica costituzionale, le diverse scelte regionali hanno finito per offrire delle coperture vaccinali non uniformi nel territorio nazionale e non motivate da questioni di andamento epidemiologico, al punto che in alcune regioni venne totalmente meno l'obbligatorietà precedentemente prevista.<sup>305</sup> Ad esempio la Regione Veneto, con l'emanazione della legge n. 7/2007 di "sospensione dell'obbligo vaccinale per l'età evolutiva"<sup>306</sup>, scelse di rimuovere l'obbligo vaccinale a favore di un maggiore impegno in iniziative comunicative.<sup>307</sup>

Il quadro generale dal 2010 fino al 2014 è stato caratterizzato da un calo delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, su cui ha probabilmente influito anche il "caso Fluad"<sup>308</sup> che ha favorito la necessità di elaborare il nuovo Piano di Prevenzione Vaccinale. Il Piano derivò da un percorso travagliato tra questioni economiche inerenti alle coperture finanziarie e questioni politiche - nonostante di fatto definisse pochi obiettivi comuni tralasciando l'aspetto programmatico e gestionale per il raggiungimento degli obiettivi ad un livello territoriale - ma è comunque riuscito a giungere a compimento attraverso un documento programmatico inserito nei Lea.<sup>309</sup> È opportuno ricordare che i Lea rappresentano "il contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio pubblico che la legge pone a carico di ciascuna Regione nel proprio ambito territoriale e nei confronti dei destinatari del servizio"<sup>310</sup> e, di

---

<sup>304</sup> Signorelli C., *Quarant'anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia*, cit., pp. 128 -129.

<sup>305</sup> *Ibidem.*, cit., p. 129.

<sup>306</sup> A proposito di questa scelta della Regione Veneto sono state diverse le posizioni contrarie espresse attraverso pubblicazioni o interviste, ad esempio Burioni ha frequentemente attaccato la scelta veneta considerandola non scientificamente convincente e non adeguata in un momento storico caratterizzato da basse coperture vaccinali. A questo proposito si veda: Burioni R., Odone A., Signorelli C., Siliquini R., Vitale F., *L'efficacia della sospensione dell'obbligo vaccinale in Veneto difetta di evidenze scientifiche*, in "Epidemiologia&Prevenzione", vol. 43, n.1, p.3, 2019.

<sup>307</sup> Tra le altre regioni che hanno avviato percorsi di sospensione o di eliminazione dell'obbligo vaccinale, soprattutto a seguito dell'accordo raggiunto con il Piano nazionale vaccini 2005 -2007 tra il Ministro della salute e i presidenti delle regioni o province autonome, si ricordano: la Regione Toscana con delibera della Giunta regionale n. 369 del 2006, la Regione Piemonte con delibera n.63 del 2006 e la Provincia Autonoma di Trento con legge provinciale n. 16 del 2010. (Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in "Forum di Quaderni Costituzionali", vol. 2, 2020, p. 784).

<sup>308</sup> Con il "caso Fluad" si fa riferimento al clamore mediatico relativo ad eventi indesiderati o di decesso verificatisi nel 2014 in concomitanza con la somministrazione del vaccino antinfluenzale Fluad. In realtà le analisi effettuate hanno dimostrato che i decessi avevano cause diverse dalla somministrazione del vaccino. Si veda: *Nessuna evidenza che il Fluad® abbia causato i decessi segnalati nei soggetti vaccinati*, pubblicato su "L'epidemiologia per la sanità pubblica", da Istituto Superiore di Sanità.

<sup>309</sup> Signorelli C., *Quarant'anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia*, cit., p.131.

<sup>310</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, p.194.

conseguenza, le Regioni devono garantire tali livelli di assistenza come previsti dalla normativa ed “entro questi limiti il servizio può considerarsi obbligatorio”.<sup>311</sup> Ne deriva che i trattamenti non rientranti nei Lea non soddisfano i criteri di appropriatezza, di efficacia, di necessità e di economicità.<sup>312</sup>

L’assoluta novità del Piano di Prevenzione Vaccinale<sup>313</sup>, approvato definitivamente nel 2017 ad estrinsecazione dell’*European Vaccine Action Plan*, è rappresentata dalla previsione di alcune misure coercitive inerenti ai requisiti per l’ammissione scolastica o riguardanti sanzioni disciplinari per medici “antivaccinisti”. La forte conferma delle finalità previste dal Piano è stata ribadita tramite l’approvazione del decreto-legge n.73/2017 con la previsione dell’estensione delle vaccinazioni obbligatorie oltre all’esibizione dei certificati vaccinali al momento dell’ammissione scolastica.<sup>314</sup> È stato notato come questi due strumenti (il Piano di Prevenzione Vaccinale e il decreto n.73/2017) si pongano a chiusura del sistema in risposta alle circostanze legate al fronte antivaccinista che si sono verificate nel nostro paese in quegli anni, poiché da una parte il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale “prevede nuovi vaccini e persegue obiettivi di sensibilizzazione, di mantenimento della gratuità dell’offerta, di contrasto delle disuguaglianze [...] nonché, fra gli altri, di mantenimento dello stato polio-free e di eliminazione del morbillo e della rosolia”<sup>315</sup>, e dall’altra tali presupposti si accompagnano e si rafforzano attraverso il nuovo obbligo vaccinale.

Fino a prima del decreto-legge n.73/2017, quindi, le vaccinazioni obbligatorie in Italia erano quattro, mentre nove erano le vaccinazioni raccomandate<sup>316</sup> - anche se va precisato che già alla fine del 2016 alcune regioni e comuni presero dei provvedimenti volti a rafforzare l’assolvimento dell’obbligo vaccinale.<sup>317</sup>

---

<sup>311</sup> *Ivi.*

<sup>312</sup> *Ivi.*

<sup>313</sup> Per il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), approvato in Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 18 febbraio 2017 si rimanda a: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58185>

<sup>314</sup> Signorelli C., Quarant’anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia, cit., p.131.

<sup>315</sup> Cilione G., Diritto Sanitario, Maggioli, Rimini, 2019, p.211.

<sup>316</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale" vol. 2, 2019, p. 281.

<sup>317</sup> Il riferimento va alle iniziative intraprese dalla Regione Emilia-Romagna, Regione Calabria o Comune di Trieste, che imposero l’obbligo vaccinale come requisito di accesso ai servizi educativi di prima infanzia. (Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in “Forum di Quaderni Costituzionali”, vol. 2, 2020, p. 785).

## **2.2 L'obbligatorietà vaccinale tra diritto all'autodeterminazione e il principio di prevenzione collettiva**

Prima di analizzare gli attori che si sono mobilitati per la proposta di legge del 2017 della Ministra Lorenzin sui vaccini e per capire quali sono le motivazioni a fondamento della proposta di estensione dell'obbligo vaccinale, è opportuno fare un breve riferimento alla tutela giuridica che il nostro ordinamento offre alla questione della tutela della salute anche in un'ottica di diritto a non subire trattamenti sanitari.

Va precisato che la richiesta di non essere sottoposto a terapie, per come verrà presa in considerazione in questa analisi, non può essere assimilata alle questioni sul suicidio assistito. In questa sede, piuttosto, si analizza il diritto all'autodeterminazione per ciò che riguarda la scelta dell'individuo di “lasciar evolvere il processo biologico secondo il suo iter naturale”.<sup>318</sup> L'art. 32, co. 2, Cost. prevede, infatti, che “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge” e aggiunge che “la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.<sup>319</sup> I trattamenti previsti per disposizione di legge sarebbero quelli che rappresentano nella tutela della salute, insieme, il diritto dell'individuo e l'interesse della collettività.<sup>320</sup> Ciò significa che è ammesso rifiutare un trattamento medico per quegli atti che riguardano il proprio corpo e le proprie aspettative di salute.<sup>321</sup>

Questo principio si ritrova in diverse fonti normative, in pronunce della Corte di Cassazione<sup>322</sup> e nella normativa sopranazionale. Con riferimento a quest'ultima va ricordata la Convenzione di Oviedo<sup>323</sup>, la quale prevede che “un intervento nel campo

---

<sup>318</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p.28.

<sup>319</sup> Cost., art. 32, comma 2, parte I, titolo II.

<sup>320</sup> Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in “dirittifondamentali.it”, 2017, p.1.

<sup>321</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 24.

<sup>322</sup> Ad esempio, la Sentenza Corte di Cassazione n. 21748 del 4 ottobre 2007 ha ribadito il diritto di autodeterminazione del malato anche nella volontà di sospensione delle cure vitali. Si rimanda a: [http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2018/06/6\\_L'ultima-tessera-del-domino-il-caso-Englaro-è-chiuso-2.pdf](http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2018/06/6_L'ultima-tessera-del-domino-il-caso-Englaro-è-chiuso-2.pdf)

<sup>323</sup> La Convenzione di Oviedo, il cui titolo completo è “Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina” è stata promossa e firmata dal Consiglio d'Europa nel 1997 e recepita nell'ordinamento italiano con la legge n. 145 del 28 marzo 2001; legge con cui il Parlamento italiano ha autorizzato la ratifica del trattato ma, non avendo depositato lo strumento di ratifica e stando alla Convenzione sul Diritto dei trattati, non sono previsti vincoli per l'Italia dal momento che non si è concluso il procedimento di assunzione dell'obbligo di adempimento della Convenzione. Tuttavia, alcuni dei principi della Convenzione sono riscontrabili oltre che nella Costituzione, ad esempio, anche nella legge

della salute non possa essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero ed informato”<sup>324</sup>, motivo per cui è stata definita “un vero e proprio *requiem* per qualunque accezione, rigida o blanda che sia, di obbligatorietà intesa come non volontarietà”.<sup>325</sup>

Di fatto, se si riconosce la salute come bene personale si riconosce la possibilità, a sua volta, di tutela negativa della salute che trova esplicazione nel libero rifiuto di terapie derivanti da scelte coercitive, cosicché si esclude che la salute possa essere oggetto di imposizione autoritativa se non in quei casi che sono stati espressamente previsti dal legislatore. Pertanto, “è del tutto avulsa dal nostro ordinamento una visione collettivistica dell’uomo e della società che imponga all’essere umano un dovere di curarsi assunto a principio di ordine pubblico” ed è stato a questo proposito precisato che “quando non vi sia un pericolo per la salute pubblica, che giustifica la richiesta di trattamenti obbligatori, il diritto alla salute non si contrappone all’autodeterminazione ma diventa tutt’uno con essa”, affinché la salute, intesa nelle sue diverse accezioni, possa esprimersi in un modo assolutamente soggettivo dell’intendere lo stare bene non potendo prescindere dalla volontà dell’interessato.<sup>326</sup>

Affinché l’individuo sia in grado di decidere per sé stesso è fondamentale che ci sia un’informazione corrispondente agli aspetti o alle implicazioni della scelta tramite il così detto consenso informato, aspetto anch’esso previsto da una pluralità di fonti. Per questi motivi e alla luce di un’informazione adeguata, autentica e comprensibile sulla terapia è da escludere che “il diritto all’autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita”, perché tale diritto di autodeterminazione non può essere disatteso in nome di un dovere di cura per un principio di ordine pubblico.<sup>327</sup> In un quadro di questo tipo si inserisce e trova difficoltà applicative la prevenzione collettiva, che riguarda una serie di interventi forniti ancor prima che si manifestino patologie con la finalità di prevenirle o limitarle; infatti, dalla definizione si

---

n. 219 del 22 dicembre 2017 che contiene “norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Per approfondimenti sulla Convenzione e sui suoi protocolli aggiuntivi si rimanda a: <https://www.dirittoconsenso.it/2021/01/22/convenzione-di-oviedo-e-consenso-informato/>

<sup>324</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 24.

<sup>325</sup> Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, cit., p.7.

<sup>326</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., pp. 25 - 26.

<sup>327</sup> *Ibidem*.

intende per prevenzione “la strategia volta a ridurre i fattori di rischio di specifiche malattie o ad aumentare i fattori di difesa dell’ospite che ne riducono la suscettibilità”.<sup>328</sup>

La motivazione che include le vaccinazioni, prevalentemente con riferimento a quelle obbligatorie, nel quadro della prevenzione collettiva riguarda la necessità di preservare tanto l’individuo quanto la collettività raggiungendo delle soglie di copertura tali da garantire l’immunità di gregge.<sup>329</sup>

La dottrina risulta unanime nell’affermare che l’imposizione di un trattamento sanitario deve essere necessaria ad evitare una situazione di pericolo per la collettività oltre a tutelare il singolo e queste due condizioni pur non essendo sufficienti risultano necessarie in maniera congiunta;<sup>330</sup> infatti, sulla questione del rispetto della persona umana la Corte costituzionale ha affermato, con riferimento alla sentenza n. 307/1990 e n. 118/1996, che “il rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività non è da solo sufficiente a giustificare la misura sanitaria. Tale rilievo [...] non postula il sacrificio della salute di ciascuno per la tutela della salute degli altri”<sup>331</sup>.

Il diritto alla salute mostra così un duplice volto in equilibrio - precario - tra due diritti costituzionali e vede da una parte la piena integrità fisica dell’individuo e dall’altro l’interesse della salute della collettività, ma nel caso delle vaccinazioni obbligatorie si intreccia anche ad altri diritti costituzionali come il diritto-dovere dei genitori di occuparsi della salute dei figli (art.30) o il diritto del minore all’istruzione (art.34).<sup>332</sup>

---

<sup>328</sup> *Ivi*, p. 208.

<sup>329</sup> A questo proposito Plutino M., ha notato che “fa eccezione la logica della vaccinazione per il tetano, sul quale insiste l’obbligatoria per legge in stretta tutela della salute dell’individuo, di fronte ad un rischio (senza vaccinazione) grave e tutt’altro che remoto. Essendo il tetano non trasmissibile, viene meno non solo ogni timore in punto di infettività ma anche, di conseguenza, ogni discorso connesso alla cd. immunità di gregge. Tanto è vero che a tale proposito sono stati sollevati dubbi circa la legittimità dell’obbligatorietà della vaccinazione” (Pultino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in “dirittifondamentali.it”, 2017, p. 8).

<sup>330</sup> Con riferimento alla dottrina si considera ad esempio, la posizione di Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in “Forum di Quaderni Costituzionali”, vol. 2, 2020; la posizione di Morana D., *La Salute come diritto costituzionale*, Giappichelli editore, Torino, 2021; M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società* vol. 2, 1980.; L. Carlassarre, *L’art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L’amministrazione sanitaria*, a cura di Pozza N., Vicenza, 1967, pp. 103; B. Pezzini, *Il diritto alla salute a quarant’anni dall’istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, vol. 2, 2019.

<sup>331</sup> Negroni A. A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, in “AIC - Associazione Italiana Costituzionalisti”, n. 4, 2017, pp. 7 - 12.

<sup>332</sup> Per Art. 30 Cost. si rimanda a <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-30>, mentre per Art. 34 si fa riferimento a <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-34>

Le vaccinazioni obbligatorie rappresentano, sulla base di una distinzione fatta dalla dottrina,<sup>333</sup> un esempio di trattamento sanitario “in cui non vi è coazione e l’inosservanza dell’obbligo al trattamento sanitario fa scattare, nei confronti del destinatario, le sanzioni di volta in volta stabilite dalla legge”, considerando che le sanzioni in questo caso sono prevalentemente indirette (riguardanti, ad esempio, la previsione di un limite allo svolgimento di attività, o all’esclusione dagli asili) ma possono anche essere previste sanzioni dirette (intendendo con queste ultime le sanzioni pecuniarie).<sup>334</sup> Tuttavia, “ove la sanzione indiretta incida su di un diritto e/o dovere costituzionale [...] il destinatario del trattamento non potrà improntare liberamente la propria condotta rispetto a tale trattamento, in particolare nel senso che non avrà l’effettiva possibilità di non sottoporvisi”<sup>335</sup>, si intendono, quindi, come trattamenti sanitari obbligatori “tutti quei trattamenti sanitari in cui siano assenti (in tutto o in parte) la volontarietà e la spontaneità della scelta di sottoporsi a una misura diagnostica e/o terapeutica”.<sup>336</sup> Va notato che tale sistema per come impostato nelle sue previsioni mostra delle difficoltà che vengono aggravate da crisi comunicative o organizzative e da questioni valoriali dei cittadini alimentate anche dalla diffusione di opinioni prive di riscontro scientifico.<sup>337</sup> Nello specifico, la questione dell’autodeterminazione per essere considerata sostenibile deve riguardare una persona capace di intendere e di volere ma deve essere diversamente interpretata e precisata nel caso in cui la legge riguardando i minori (ai quali sono rivolte le vaccinazioni obbligatorie) ponga un obbligo in capo ai genitori nell’esclusivo interesse dei minori.<sup>338</sup>

Nel complesso, alla luce delle riflessioni della dottrina e con riferimento alla sentenza n.258/1994, la disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie risulta legittima nella persecuzione della salute nell’interesse della collettività al fine di migliorare o preservare la salute del singolo, con delle conseguenze negative derivanti dalla vaccinazione che

---

<sup>333</sup> La dottrina ha distinto due tipi di obbligatorietà a seconda che si tratti di “trattamento sanitario coercitivo” o “trattamento sanitario non coattivo”, tenendo in considerazione che altra parte della dottrina ha negato la possibilità che l’obbligatorietà a subire un trattamento possa essere coatta, quindi eseguita forzatamente e specificatamente, in quanto la costrizione sarebbe contraria al rispetto della persona umana in quanto tale oltre che ai principi di libertà della persona. (Negroni A. A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, in “AIC - Associazione Italiana Costituzionalisti”, n. 4, 2017, p. 19)

<sup>334</sup> Negroni A. A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, cit., p. 19.

<sup>335</sup> *Ivi*, p. 20.

<sup>336</sup> *Ibidem*.

<sup>337</sup> Pultino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in “dirittifondamentali.it”, 2017, p. 15.

<sup>338</sup> Coduti D., *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo*, in “Rivista AIC”, n. 3, 2018, p. 22.

devono rientrare nei limiti della tollerabilità e per le quali, altrimenti, si prevede un'equa indennità a favore del danneggiato<sup>339</sup> e, in ipotesi di mancata osservanza dell'obbligo vaccinale - escludendo l'esecuzione coattiva con la quale si andrebbe a ledere il rispetto della persona - si può prevedere una sanzione (dal momento che il diritto alla salute non si esplica solo attraverso una pretesa ma anche attraverso un accomodamento agli interessi della comunità i quali possono richiedere ai cittadini la necessità di essere sottoposto ad un trattamento sanitario obbligatorio per fini preventivi).<sup>340</sup> Risulta tuttavia condivisa la posizione secondo la quale, in materie di politiche vaccinali, adottare un modello basato maggiormente sulla volontarietà o sulla libertà di scelta, piuttosto che su obblighi giuridici rigidi, è maggiormente conforme ai principi costituzionali finora discussi; oppure, gli obblighi vaccinali risultano legittimi nel discorso costituzionale se determinati, nel senso di essere intesi specificatamente, da una legge che li rende obbligatori e se subordinati al rispetto di una serie di condizioni previste dalla Costituzione.

In ultimo, va notato che con la sentenza n.5/2018 la Corte costituzionale, esprimendosi sul decreto-legge 7 giugno 2017 n. 73, ha riconosciuto una discrezionalità in capo al legislatore nella scelta tra raccomandazione e obbligo vaccinale, come pure gode di discrezionalità nell'identificazione di eventuali sanzioni in caso di mancato adempimento dell'obbligo. Tale discrezionalità del legislatore non può prescindere da una precedente analisi di contesto che valuti oggettivamente le condizioni sanitarie ed epidemiologiche le quali devono indirizzare, oltre al supporto del parere medico e scientifico, le scelte del legislatore.<sup>341</sup>

### **2.3. Le caratteristiche della lobby degli antivaccinisti: l'impatto delle crisi comunicative**

Nella descrizione accurata del gruppo di pressione del cosiddetto fronte *no-vax* e *free-vax* è bene parlare, almeno in questo paragrafo più marcatamente sociologico, in termini che siano scevri da semplificazioni di stampo giornalistico, in modo da poter restituire un'analisi più consona alla tipologia di considerazioni che si necessitano in questa parte

---

<sup>339</sup> Si rimanda a: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1994&numero=258>

<sup>340</sup> Romboli R., *Obbligo di vaccinazione anti Covid e principi costituzionali: a proposito del d.l. n. 44/2021*, in "Quaderni costituzionali", Fascicolo 3, settembre 2021, p. 675.

<sup>341</sup> Si rimanda a Corte cost., sentenza n.5/2018: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=5>

del lavoro. Tra i termini che vengono correntemente utilizzati si può fare una distinzione tra quelli usati per designare persone contrarie all'utilizzo dei vaccini in un caso (convinte del fatto che, in generale, arrechino più danno che beneficio) e persone contrarie alla mera imposizione di un obbligo a vaccinarsi (quindi, in un certo senso, aventi un orientamento più moderato rispetto ai *no vax*). Tuttavia, è opportuno ricordare che espressioni del genere nascono nel dibattito giornalistico per circoscrivere in maniera semplicistica e omogenea dei fenomeni che omogenei non sono e che risultano più complessi e stratificati di quanto ci si aspetti.<sup>342</sup> Infatti, “nel dibattito giornalistico, [...] resistenze e critiche [ai vaccini] sono state interpretate essenzialmente come espressione di ignoranza ed effetto del diffondersi, complice l'eccessiva apertura della rete, delle *fake news*”.<sup>343</sup> In realtà, è stato messo in rilievo come il fenomeno del *grassroots* lobbying antivaccinale sia molto lontano dall'essere un fenomeno disorganizzato e, anzi, al suo interno include dei contribuenti alla causa particolarmente attivi e informati, i quali hanno intrapreso forme di interazione sulla tematica ancor prima che si considerasse che le loro posizioni potessero avere un impatto sull'immunità di gregge; tuttavia, nonostante chi porta avanti il *grassroots* lobbying antivaccinale lo faccia già da diverso tempo, il fenomeno è emerso progressivamente con l'aumento significativo dei genitori attivi sui vari social media.<sup>344</sup> Il rifiuto vaccinale viene spesso ricondotto al “modello del deficit di conoscenza”, che dunque attribuisce “le resistenze del pubblico alle innovazioni scientifiche o tecnologiche essenzialmente come frutto di analfabetismo funzionale”<sup>345</sup> nonostante, diversi studi abbiano messo in rilievo come si possa trattare di soggetti educati in grado di valutare le priorità e che considerano in maniera preminente le *social trust issue*.<sup>346</sup> In questo senso, la fiducia generale nei confronti delle istituzioni gioca un ruolo fondamentale nei comportamenti e nelle attitudini che gli individui manifestano, si percepisce come mancante, quindi, il collegamento tra fiducia sociale e responsabilità sociale -

---

<sup>342</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, in "Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi" 3/2020, p. 502.

<sup>343</sup> *Ibidem*, p.479.

<sup>344</sup> Bandari R., Zhou Z., Qian H., Tangherlini T. R., Roychowdhury V. P., *A Resistant Strain: Revealing the Online Grassroots Rise of the Antivaccination Movement*, in “Computer”, vol. 50, no. 11, pp. 60-67, November 2017, p. 66.

<sup>345</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, cit.p. 480.

<sup>346</sup> Bandari R., Zhou Z., Qian H., Tangherlini T. R., Roychowdhury V. P., *A Resistant Strain: Revealing the Online Grassroots Rise of the Antivaccination Movement*, cit., p. 66

quest'ultima percepita in sacrificio di obbligazioni morali tra gli individui e a beneficio di un bene astratto oltre che comune.<sup>347</sup>

Viene di conseguenza “proposta e riproposta una narrazione che ha finito per assimilare, senza necessità di distinguo o approfondimenti, le diverse voci critiche in un unico fronte no vax”.<sup>348</sup> Per evitare dunque di cadere nell'errore di generalizzazione e di semplificazione - semplificazione di cui ci serviamo anche in questo studio nelle parti che trattano il lobbying - chiariamo che la categoria cui ci riferiamo è quella degli *esitanti* o *rifiutanti vaccinali*, in questo modo adottando il criterio VHR (Vaccine Hesitancy/Refusal) utilizzato da Atwell e Smith per mettere in luce le questioni di “politica e di identificazione sottese alla disposizione ad impegnarsi nella messa in discussione dei vaccini”.<sup>349</sup> Per esitazione vaccinale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intende “un ritardo nell'accettazione o il rifiuto delle vaccinazioni [...] nonostante la disponibilità di servizi vaccinali”.<sup>350</sup> Per mappare e identificare le diverse sottocategorie di coloro che rientrano nel paradigma, uno studio canadese nel 2000 ha individuato le seguenti quattro categorie: esitanti (“preoccupati per la sicurezza dei vaccini”), disinteressati (“poco sensibili alle vaccinazioni”), esclusi (“svantaggiati da un accesso limitato o difficile alle cure”) e antivaccinisti (che rifiutano attivamente i vaccini “per convinzioni personali, culturali o religiose”).<sup>351</sup>

Sebbene sia rilevato che tra gli appartenenti all'ultima frangia ci siano persone contraddistinte da uno scetticismo nei confronti della scienza,<sup>352</sup> la complessità del fenomeno rileva che molti nutrono una fiducia molto forte nella scienza “pura”: ciò che suscita il fenomeno della diffidenza è piuttosto la convinzione che la scienza moderna sia indegna di fiducia a causa della “percezione del condizionamento da parte di fattori esterni sulle modalità di organizzazione e selezione delle attività di ricerca”.<sup>353</sup> A questa diffidenza nei confronti del sapere percepito come “istituzionale”, e quindi

---

<sup>347</sup> Engin C., Vezzoni C., *Who's Skeptical of Vaccines? Prevalence and Determinants of Anti-Vaccination Attitudes in Italy*, in “Population Review”, vol. 59 no. 2, 2020, p. 160.

<sup>348</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, cit. p. 480.

<sup>349</sup> *Ibidem*, p.479.

<sup>350</sup> Fiacchini D., Icardi G., Piazza M.F., Giuliani S., *Esitazione vaccinale in Italia*, in #Comunicare i #vaccini per #salute pubblica, a cura di Fiacchini D., Icardi G., Loparco P.L., Conversano M., Edra s.p.a., 2018, p. 37.

<sup>351</sup> *Ibidem*, p.38

<sup>352</sup> Engin C., Vezzoni C., *Who's Skeptical of Vaccines? Prevalence and Determinants of Anti-Vaccination Attitudes in Italy*, cit., p.159.

<sup>353</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, cit., p. 488.

inevitabilmente compromesso da influenze orientate al profitto, si accompagna spesso una sfiducia nella buona fede del governo: viene perciò a crearsi un sentore per cui le istituzioni vengono giudicate non degne di credibilità e non indipendenti da interessi economici di multinazionali e dunque incapaci di farsi carico di legiferare con obiettività riguardo al benessere degli individui. Questa perdita di fiducia nel sistema politico genera una sfiducia nei confronti dei messaggi chiave emanati dall'istituzione, come nel caso della bontà e della necessità dei vaccini.<sup>354</sup>

Rilevando le differenze e l'eterogeneità all'interno del gruppo che abbiamo delineato, troviamo che il tratto maggiormente accomunante tra i sottogruppi individuabili in base al diverso grado di rifiuto e di esitazione del vaccino risiede in “una posizione critica verso la medicina convenzionale”, in particolare per alcuni aspetti ritenuti “degenerativi” quali la “tendenza nel ricorso ai farmaci” e “nell'approccio puntato esclusivamente sul sintomo e la concezione materialista dell'uomo”.<sup>355</sup> Contestare l'obbligo vaccinale vuol dire dunque, per il cittadino esitazionista, assumere “un atteggiamento attivo, che rifiuta la delega nella percezione che sia proprio dovere informarsi e assumersi personalmente la responsabilità della decisione”.<sup>356</sup>

Ed è proprio la questione dell'informazione che, nel caso dell'argomento vaccinale, suscita una molteplicità di problematiche ben note in merito alla qualità e all'affidabilità della sterminata mole di notizie e di fonti da cui attingerle, esponendo coloro che ricevono il messaggio alla non semplice (e non sempre avvertita) necessità di verificare possibili *fake news* a episodi di vere e proprie crisi comunicative. Se è possibile situare nel tempo un momento in cui ha avuto inizio il sensibile aumento della diffidenza nei confronti dei vaccini, questo va probabilmente fatto risalire ad un documentario che costituì uno tra i fattori che contribuirono a generare incertezza e confusione. Andò in onda nell'aprile del 1982, negli Stati Uniti, trasmessa da una emittente appartenente a NBC, il documentario “DPT: Vaccine Roulette”. In esso si presentavano “le storie di genitori convinti che i propri figli fossero stati danneggiati dal vaccino anti difterite, tetano e pertosse DTP”.<sup>357</sup> Furono opportunamente selezionate “le opinioni di alcuni medici, [...] per dare enfasi

---

<sup>354</sup> Engin C., Vezzoni C., *Who's Skeptical of Vaccines? Prevalence and Determinants of Anti-Vaccination Attitudes in Italy*, cit., p. 161.

<sup>355</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, cit., p. 493.

<sup>356</sup> *Ibidem*, p. 494.

<sup>357</sup> Fiacchini D., Icardi G., Piazza M.F., Giuliani S., *Esitazione vaccinale in Italia*, in #Comunicare i #vaccini per #salute pubblica, cit., p. 38.

alle posizioni più critiche”<sup>358</sup> sui vaccini. Il documentario fece da innesco per la creazione del gruppo “Dissatisfied Parents Together” e al “National Vaccine Information Center” (NVIC). Quest’ultimo divenne presto “l’organizzazione antivaccinista più influente e la principale fonte di disinformazione in ambito vaccinale negli USA”.<sup>359</sup>

In Europa, le “paure nei confronti delle vaccinazioni” iniziarono a diffondersi dal 1998, anno di pubblicazione di un articolo nel Regno Unito “sulla prestigiosa rivista *Lancet*, da parte di Andrew Wakefield, [...] che poneva in correlazione la somministrazione del vaccino trivalente contro morbillo, rosolia e parotite all’insorgenza di autismo nei bambini”.<sup>360</sup> Lo studio si rivelò “fraudolento” e l’articolo fu ritirato nel 2010, ma lo scompiglio mediatico prodotto dal falso studio fu considerevole, tanto da far calare le vaccinazioni nel Regno Unito “di almeno 10 punti percentuali”.<sup>361</sup> I primi allineamenti a queste posizioni si ebbero nel nostro paese qualche anno più tardi, ma rimasero posizioni marginali finché nel 2012 “in una sentenza del 2012 del Tribunale del Lavoro di Rimini, si riconobbe ad una famiglia il risarcimento per danno da vaccino basandosi, tra le altre cose, anche sullo studio di Wakefield”.<sup>362</sup> Il sentimento di confusione nel nostro paese si ripresentò nel 2014, quando tre morti vennero associate alla somministrazione del vaccino antinfluenzale e l’approccio comunicativo istituzionale risultò debole tanto da lasciare un ampio spazio alle testate di giornalismo che, successivamente, non diedero lo stesso risalto alla notizia nel momento in cui le indagini avevano escluso ogni correlazione tra vaccino somministrato e morti avvenute.<sup>363</sup>

Il clamore mediatico suscitato dal modo e dall’enfasi data ai fatti riportati sono alla base delle crisi comunicative. “La parola *crisi* ha assunto, nell’uso comune, l’accezione negativa di mutamento, in senso sfavorevole, di uno *status*”.<sup>364</sup> La crucialità dell’aspetto comunicativo in una crisi prescrive che, in particolare durante le emergenze, questo si imponga come “imperativo categorico”.<sup>365</sup>

---

<sup>358</sup> *Ivi.*

<sup>359</sup> *Ivi.*

<sup>360</sup> *Ibidem*, p.39.

<sup>361</sup> *Ivi.*

<sup>362</sup> *Ivi.*

<sup>363</sup> Fiacchini D., Icardi G., Piazza M.F., Giuliani S., *L’esitazione vaccinale in italia*, in #Comunicare i #vaccini per #salute pubblica, cit., p. 51.

<sup>364</sup> Manfredelli G., *Crisis Communications: dall’emergenza all’opportunità*, su Informazioni della Difesa, vol. 4, 2013, p.4. Si rimanda al link:

[https://www.difesa.it/InformazioniDellaDifesa/periodico/periodico\\_2013/Documents/R4\\_2013/R4\\_2013.pdf](https://www.difesa.it/InformazioniDellaDifesa/periodico/periodico_2013/Documents/R4_2013/R4_2013.pdf)

<sup>365</sup> *Ibidem*, p.6.

Quello che i player che investono nella comunicazione di una crisi cercano di ottenere è trasformare una crisi da evento negativo a opportunità di crescita, rendendola uno strategico *turning point*. “Le crisi comunicative fanno – e sempre faranno – parte del gioco delle relazioni tra lobbies, strutture, audience e media. Esse non vanno, pertanto, né demonizzate, né congelate”.<sup>366</sup> Se non fosse che, a causa del cosiddetto “complesso cognitivo”, bisogna considerare che non è affatto sufficiente che i messaggi veicolati durante le crisi comunicative siano attendibili: ciò che conta maggiormente è che siano persuasivi.<sup>367</sup> “Non è infatti sufficiente offrire informazioni oggettive affinché queste abbiano un impatto anche soggettivo”.<sup>368</sup> “Il complesso cognitivo di una persona non è un sistema coerente ed organico. È costituito di sistemi parziali, a loro volta internamente più o meno coerenti e organici, tendenti a stabilire tra loro relazioni di compatibilità o di integrazione”.<sup>369</sup> Di conseguenza, anche in reazione a come è evidente quanto i media tradizionali non sappiano rispondere ai dubbi di molti che rifiutano o esitano riguardo ai vaccini, internet si configura come spazio privilegiato di informazione e di associazione.<sup>370</sup>

Numerose ricerche riconoscono come gli esitanti e i contrari all’obbligo vaccinale sono stati in grado di sfruttare a pieno le potenzialità del Web, tanto da forzare anche le istituzioni a cambiare le strategie e i modi del modo di comunicare delle stesse istituzioni con il fine di essere più comprensive e persuasive.<sup>371</sup> Ad esempio, il progetto *VaccinarSi* della Società Italiana di Igiene che dal 2014 intende promuovere “la validità di una informazione coerente, approfondita, verificabile, comprensibile, convincente e indipendente per proteggere la salute di tutti dalla disinformazione di pochi”<sup>372</sup> nasce proprio per contrastare le crisi comunicative che enfatizzano i rischi delle vaccinazioni. Lo scopo del progetto è encomiabile, tuttavia, quella che una iniziativa come questa intraprende potrebbe rivelarsi una “battaglia ad armi impari”: “Il proposito è elevato, i

---

<sup>366</sup> *Ibidem*, p.15.

<sup>367</sup> Macchi L., Cucchiarini V., Bagassi M., *L'influenza dei processi comunicativi nella percezione del rischio e nella presa di decisione*, in "Sistemi intelligenti, Rivista quadrimestrale di scienze cognitive e di intelligenza artificiale" 2/2017, p. 273.

<sup>368</sup> *Ivi*.

<sup>369</sup> *Ivi*.

<sup>370</sup> Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, cit., p. 484.

<sup>371</sup> Francia, M., Gallinucci, E. & Golfarelli, M. *Social BI to understand the debate on vaccines on the Web and social media: unraveling the anti-, free, and pro-vax communities in Italy*, in “Social Network Analysis and Mining”, vol. 9, n. 46, 2019, p. 2.

<sup>372</sup> Si rimanda a ([www.vaccinarsi.org](http://www.vaccinarsi.org)).

dati provengono da fonti attendibili e scientificamente riconosciute, la spiegazione dei dati è esaustiva, ma il messaggio non può essere considerato persuasivo”.<sup>373</sup> Questo perché, quando entrano in gioco le dinamiche soggettive in merito alla ricezione delle informazioni, queste ultime, anche se attendibili al massimo grado, rischiano di essere messe sullo stesso piano di informazioni menzognere, “rendendo così difficile la messa a fuoco di ciò che può essere davvero rilevante per la scelta in un determinato contesto”.<sup>374</sup> È stato provato che il diffondersi di *fake news* può generare una grande confusione sull’argomento vaccinale, e i social network, in questo caso, hanno un ruolo centrale e un peso non trascurabile.<sup>375</sup>

La maggiore crisi comunicativa riguardo i vaccini che si è verificata in Italia è stata quella del già accennato “Caso Fluad”, a cavallo tra il 2014 e il 2015.<sup>376</sup>

“Il 27 Novembre 2014 [l’Aifa] vietò l’utilizzo di due lotti del vaccino antinfluenzale adiuvato Fluad in seguito alla segnalazione di tre decessi, in soggetti compresi in età tra i 68 e gli 87 anni, avvenuti entro 48 ore dalla somministrazione del vaccino e per i quali il medico segnalatore riportava una presunta associazione temporale con la vaccinazione. [...] Il 3 dicembre 2014, [le analisi sui lotti] esclusero il nesso di causa-effetto tra somministrazione del vaccino e decesso per tutti i soggetti segnalati. Il 23 dicembre 2014 fu confermata ufficialmente la sicurezza dei lotti e ritirato il divieto di somministrazione per i lotti di vaccino incriminati.”<sup>377</sup>

La crisi comunicativa innescata dagli eventi appena riportati iniziò con il modo in cui fu diffusa la notizia, nelle prime pagine delle testate giornalistiche più importanti e in apertura dei telegiornali. Infatti, prima di quel momento i media avevano prestato scarsa attenzione alla prevenzione influenzale e, improvvisamente si trovavano a dover affermare l’esistenza di un vaccino non sicuro. Inoltre, anche i toni sembravano essere poco neutri, come “vaccino killer” o “vaccino mortale”, in un momento in cui “erano ancora in corso i test e le analisi dei lotti sequestrati di vaccino Fluad e quindi senza che

---

<sup>373</sup> Macchi L., Cucchiari V., Bagassi M., *L'influenza dei processi comunicativi nella percezione del rischio e nella presa di decisione*, cit., p. 273.

<sup>374</sup> *Ibidem*, p.274.

<sup>375</sup> Francia, M., Gallinucci, E. & Golfarelli, M. *Social BI to understand the debate on vaccines on the Web and social media: unraveling the anti-, free, and pro-vax communities in Italy*, cit., p. 2.

<sup>376</sup> Icardi G., Butera F., Barberis I., Vaccini, comunicazione e media tradizionali, in *#Comunicare i #vaccini per #salute pubblica*, cit., p. 92.

<sup>377</sup> *Ivi*.

vi fossero prove documentate a “scagionare” il vaccino”.<sup>378</sup> Ad aggravare la risonanza del fenomeno contribuì il fatto che “la notizia, diffusa dai competenti organi di vigilanza, che era stato definitivamente smentito il nesso di causalità tra i decessi e la vaccinazione, non ebbe la stessa attenzione da parte dei media rispetto alla notizia del ritiro dei lotti di vaccino Flud”.<sup>379</sup> Ne derivò un calo generalizzato delle vaccinazioni influenzali, già al di sotto del valore minimo raccomandato del 75%, con tre milioni in più di persone non vaccinate rispetto all’anno precedente.<sup>380</sup> Questa crisi si trasformò presto in un sentimento di sfiducia verso la totalità della profilassi vaccinale che portò i tassi di copertura del nostro paese a livelli inferiori alla “soglia di gregge” tali da richiedere un’esaminazione attenta volta allo sviluppo di strategie risolutive o, almeno, contenitive della situazione.

In conclusione, si rileva come l’esitazione vaccinale abbia origini più remote della legge Lorenzin ma, soprattutto, derivi da situazioni sociali complesse che producono delle conseguenze evidenti. Nonostante si tratti di gruppi minoritari, le caratteristiche strutturali dei gruppi di esitanti hanno permesso agli stessi di autoalimentarsi rafforzando le loro posizioni e colmare uno spazio importante nelle attenzioni di chi è in cerca di informazioni pur non avendo ancora una posizione consolidata.

Il lobbying antivaccinista si configura come una forma di lobbying civico, che rappresenta una nuova frontiera di attivismo, in cui

“la perdita di fiducia nei sistemi istituzionali e la crescente disconnessione tra i cittadini e le istituzioni di governo hanno reso sempre più attuale la capacità del cittadino del web 2.0 di agire in maniera disintermediata, non convenzionale e diretta nei confronti del decisore, per realizzare un modello di società più vicina alle sue idee”<sup>381</sup>.

Rispetto agli strumenti classici del lobbying, gli esitanti vaccinali preferiscono gli strumenti virtuali del web che gli consentono di attirare l’attenzione del decisore per poi

---

<sup>378</sup> *Ivi*.

<sup>379</sup> *Ibidem*, p. 92 -93.

<sup>380</sup> Tre milioni di vaccini in meno dopo 'il caso Flud'. Aumentano i casi di influenza, “L’allarme della Società italiana di igiene. Secondo Influnet nella terza settimana di quest’anno si sono ammalate 519mila persone, 160mila in più rispetto alla precedente”, di Michele Bocci, pubblicato su La Repubblica, 21 gennaio 2015.

[https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/01/21/news/tre\\_milioni\\_di\\_vaccini\\_in\\_meno-105451697/](https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/01/21/news/tre_milioni_di_vaccini_in_meno-105451697/)

<sup>381</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 49.

eventualmente organizzare delle manifestazioni di protesta. In questo caso, tra le tecniche più utilizzate dagli antivaccinisti si rileva, insieme all'uso del web, anche lo *storytelling*, strumento con grande potenziale per attirare l'attenzione sulla questione e far sì che l'aspetto emotivo produca dei risultati. Negli anni, i gruppi di esitanti vaccinali sono risultati perfettamente in grado di entrare nelle dinamiche decisionali e di attirare sentimenti comuni nella persecuzione dei loro obiettivi specifici. Questo perché le motivazioni riguardano la sfera valoriale, il che rende particolarmente decisa l'azione. Inoltre, come nota Petrillo, la forza di negoziazione di questa tipologia di lobbisti, “si basa sul riconoscimento o disconoscimento dell'azione politica del decisore, che potrà essere premiato o punito sulla successiva tornata elettorale”.<sup>382</sup> Ciò che distingue, quindi, il lobbying civico degli esitanti vaccinali da forme di attivismo generiche è l'uso di tecniche proprie del lobbista come la scelta della figura autoritativa pubblica a cui rivolgersi, lo studio del metodo con cui ci si rivolge al decisore e l'obiettivo che rimane quello di ottenere un vantaggio o evitare uno svantaggio.<sup>383</sup> Infatti, i lobbisti antivaccinisti si sono impegnati in un processo in cui una molteplicità di voci, unite su un unico fronte, potevano contribuire a influire sul *policymaking* sentendosi parte del processo.

#### **2.4. Dal decreto 73/2017 al disegno di legge n.2856**

Gli elementi concomitanti che hanno influito a produrre l'inadempimento dei trattamenti obbligatori sono stati, tra i tanti, la messa in questione dell'obbligatorietà, l'esempio di altri paesi europei improntati al superamento della stessa e maggiormente a favore di un approccio raccomandatorio o genericamente informativo e l'approccio territoriale diversificato a seguito della riforma del titolo V. I risultati di tali combinazioni, infatti, si sono espressi in un calo dei tassi di copertura vaccinale nella popolazione registrato al di sotto del 95% - livello minimo previsto per il raggiungimento della soglia di sicurezza - impattando la capacità di tutela collettiva nazionale supposta dall'immunità di gregge.<sup>384</sup> Questa circostanza ha prodotto rapidamente un acceso dibattito pubblico dettato dall'interesse ad agire per limitare quelli che sono stati i comportamenti elusivi dell'obbligatorietà, spesso adottati in nome di una libertà di scelta; comportamenti tali da

---

<sup>382</sup> *Ibidem*, p. 50.

<sup>383</sup> Alemanno A., *Lobbying for change: find your voice to create a better society*, Icon Books Ltd, 2017, p. 86.

<sup>384</sup> Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, cit., pp. 8 – 10.

mettere a rischio quelle categorie sociali che non possono sottoporsi alla vaccinazione e sono rimessi alle decisioni altrui, le quali possono incidere sullo svolgimento delle attività quotidiane dei soggetti così detti a rischio. Infatti, dal 2015 si sono registrati diversi casi in cui genitori di bambini a rischio hanno sospeso la frequenza scolastica (venendo meno a quegli obblighi genitoriali inerenti al diritto allo studio<sup>385</sup>) per le basse coperture vaccinali che avrebbero messo i bambini più fragili, impossibilitati a ricevere la vaccinazione, a rischio.<sup>386</sup>

Tale situazione ha fatto sì che l'Italia ricevesse nel 2015 un richiamo da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) - il così detto cartellino giallo - al punto da richiedere un incontro urgente con la Ministra Lorenzin. L'organizzazione si è mostrata allarmata per il quadro emerso dai dati pubblicati dal Ministero della Salute e dall'Istituto superiore di sanità, i quali evidenziavano non solo che nel nostro paese le coperture vaccinali toccavano il livello più basso degli ultimi dieci anni ma anche che si erano nuovamente diffuse infezioni che si consideravano debellate.<sup>387</sup> Infatti, dai dati raccolti su base annua, con riferimento al documento di analisi della copertura media per le vaccinazioni pubblicato nel 2015 dal Ministero della Salute, tra le regioni italiane – nonostante le notevoli differenze – la copertura media per le principali vaccinazioni (tetano, poliomielite, difterite, epatite B e pertosse) si aggira intorno al 93%, numero che ha iniziato a decrescere dal 2012.<sup>388</sup> Si evidenzia nel documento del Ministero una particolare preoccupazione per le coperture di morbillo e rosolia le quali nel 2015 raggiungono l'85% “incrinando anche la credibilità internazionale del nostro Paese che, impegnato dal 2003 in un Piano globale di eliminazione del morbillo dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS, rischia di farlo fallire”.<sup>389</sup>

---

<sup>385</sup> Pur non entrando in questa sede nel dettaglio, va comunque sottolineato che il diritto all'istruzione (previsto dall'art.34 Cost), anche se non incluso tra i quattro diritti definiti espressamente “inviolabili” della Costituzione, rientra tra i diritti primari dell'individuo come è stato affermato ad esempio nella sentenza n. 329/2011 della Corte costituzionale. Inoltre, l'istruzione non risulta solo come diritto costituzionalmente garantito ma è anche fondamento di un obbligo, in quanto strettamente connesso al dovere del genitore. (Addis P., Biondi Dal Monte F., *La libertà di insegnamento e il diritto all'istruzione nella Costituzione italiana*, su “Osservatorio costituzionale AIC”, vol.1, aprile 2016, pp. 2-4)

<sup>386</sup> *Ibidem*.

<sup>387</sup> Oms richiama l'Italia: netto calo delle vaccinazioni obbligatorie a bimbi, articolo pubblicato su “La Repubblica”, 2 febbraio 2015. Si rimanda a: [https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/02/02/news/oms\\_richiama\\_l\\_italia\\_netto\\_calò\\_delle\\_vaccinazioni\\_obbligatorie\\_a\\_bimbi-106391138/](https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/02/02/news/oms_richiama_l_italia_netto_calò_delle_vaccinazioni_obbligatorie_a_bimbi-106391138/)

<sup>388</sup> Ministero della Salute, Coperture vaccinali. Si rimanda a: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_tavole\\_20\\_allegati\\_itemAllegati\\_3\\_fileAllegati\\_itemFile\\_3\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_itemAllegati_3_fileAllegati_itemFile_3_file.pdf)

<sup>389</sup> Ivi, p. 3.

Per capire dettagliatamente le tendenze disaggregate per regioni negli anni antecedenti al decreto, si inseriscono di seguito delle tabelle volte a rappresentare, oltre ai divari locali, la diminuzione dei tassi generalizzata.

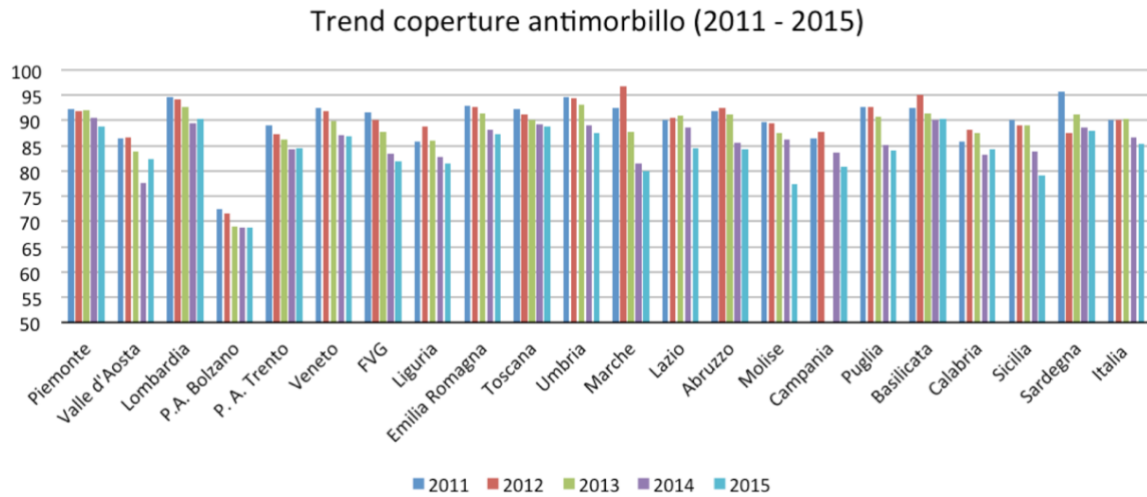


Figura 1

Fonte: Quaderni del Ministero della Salute, n.27 marzo 2017, p.65.

[http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2586\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2586_allegato.pdf)

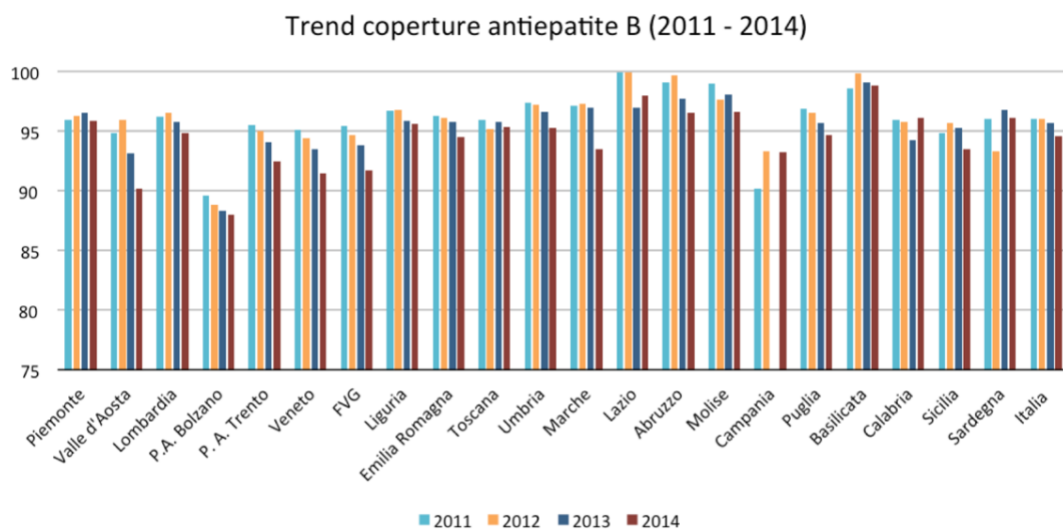


Figura 2

Fonte: Quaderni del Ministero della Salute, n.27 marzo 2017, p.64.

[http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2586\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2586_allegato.pdf)

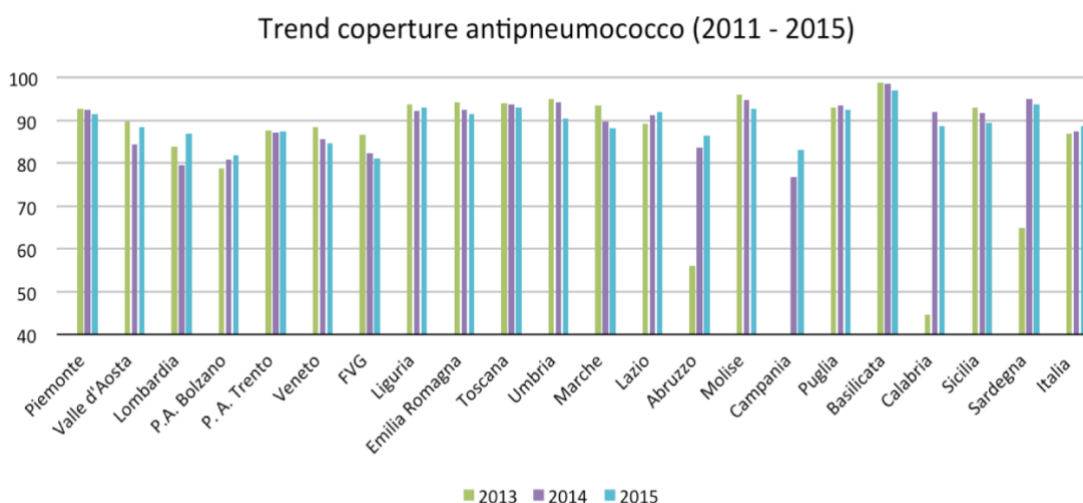


Figura 3  
 Fonte: Quaderni del Ministero della Salute, n.27 marzo 2017, p.63.  
[http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2586\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_publicazioni_2586_allegato.pdf)

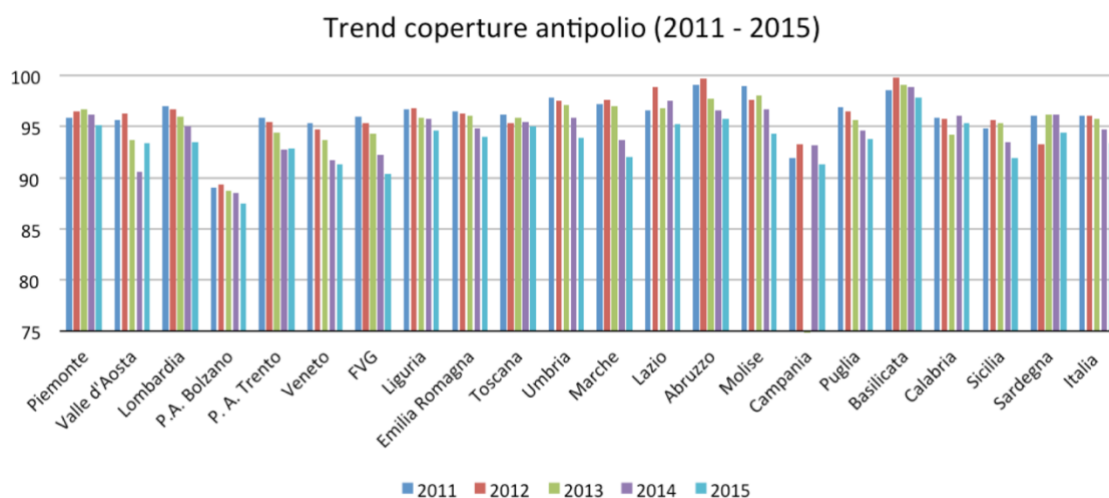


Figura 4  
 Fonte: Quaderni del Ministero della Salute, n.27 marzo 2017, p.63.  
[http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_2586\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_publicazioni_2586_allegato.pdf)

La lettura delle ultime tre tabelle mostra dal 2011 al 2015 un calo vaccinale critico per Bolzano, Marche, Molise e Campania nelle vaccinazioni di antipolio, anti-pneumococco e antimorbillo, le cui coperture vaccinali avrebbero dovuto essere considerate ormai stabili e che, in quella situazione di calo, rischiavano di favorire nuove ondate epidemiche. Al contrario, negli stessi anni nove regioni (tra cui, ad esempio, la Basilicata, la Puglia, la Lombardia e l'Umbria) avevano inserito come obbligatorie nei loro calendari

vaccinali regionali - oltre le vaccinazioni già incluse nei calendari vaccinali nazionali - l'anti meningococcoB e l'anti pneumococcica andando ad adeguare l'offerta vaccinale ai nuovi studi scientifici ma evidenziando, al tempo stesso, quelli che potremmo definire i "vuoti immunitari" di altre regioni che rimanevano indietro nel pareggio dei livelli delle coperture.

La discrepanza regionale va letta alla luce del recepimento delle modifiche al titolo V della Costituzione, modifica che prevede la libertà esclusiva delle Regioni per quello che riguarda le modalità di attuazione dei principi ed obiettivi. Tale libertà - come si ha avuto modo di analizzare nel primo paragrafo di questo capitolo - è sfociata in alcuni casi in una maggiore flessibilità sulla definizione dei calendari vaccinali regionali, mentre a partire dal 2015 (in seguito alla formulazione - ma prima della definitiva approvazione - del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale) alcune regioni hanno modificato i loro calendari già in ottica di una strategia incrementale della profilassi, andando tuttavia a consolidare i divari nei tassi regionali degli anni 2015-2016 senza sciogliere il rischio avvertito - e non scongiurato - da un'immunità di gregge non realizzata.<sup>390</sup>

Sempre contestualmente all'approvazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, una grande novità fu rappresentata dall'inserimento delle vaccinazioni infantili nei livelli essenziali di assistenza, così da rendere i vaccini obbligatori e raccomandati gratuiti.<sup>391</sup> Pochi mesi dopo venne rilasciata una dichiarazione congiunta da parte delle quattro Società firmatarie del Calendario per la Vita (Società Italiana di Igiene, Società Italiana di Pediatria, Federazione dei Medici di famiglia e Federazione Italiana Medici e Pediatri) in collaborazione con la Società Italiana di Farmacologia, documento che mette in rilievo il valore economico dei vaccini (i quali implicano una spesa sanitaria inferiore a fronte di altri farmaci per le patologie ad uno stato avanzato)<sup>392</sup> ed il valore positivo in termini di benefici delle vaccinazioni, sollecitando un nuovo approccio di prevenzione vaccinale a livello nazionale per fronteggiare la *vaccine hesitancy* e mantenere gli obiettivi di salute

---

<sup>390</sup> Quaderni del Ministero della Salute, n.27 marzo 2017, p.61-64. Si rimanda a: [http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2586\\_allegato.pdf](http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2586_allegato.pdf)

<sup>391</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 291.

<sup>392</sup> A questo proposito è stato notato che a livello nazionale "l'onere economico delle malattie infettive è stimato in circa 97 milioni di euro annui ma, con una migliore implementazione dei programmi vaccinali, può essere ridotto di circa 50 milioni di euro". Situazione che consentirebbe un risparmio notevole dei costi delle epidemie nel medio-lungo periodo. Si rimanda a *Vaccini: così è possibile risparmiare da 10 a 100 volte i costi delle epidemie*, su *Il Sole 24ore*, 17 novembre 2015. [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2015-11-17/vaccini-cosi-e-possibile-risparmiare-10-100-volte-costi-epidemie--133705.php?uid=ACZZAmbB&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2015-11-17/vaccini-cosi-e-possibile-risparmiare-10-100-volte-costi-epidemie--133705.php?uid=ACZZAmbB&refresh_ce=1)

pubblica prefissati, tra cui si auspica l'aumento delle coperture vaccinali in modo uniforme sul territorio nazionale.<sup>393</sup>

In seguito a queste circostanze si è manifestata la prima necessità di intervenire in maniera urgente sulla diminuzione delle coperture e, alla luce dei dati del 2015, il Ministero ha iniziato a studiare delle iniziative di comunicazione e prevenzione per contrastare la disinformazione e il dilagare di posizioni anti-vacciniste al fine di raggiungere maggiori adesioni e, di conseguenza, limitare il rifiuto alla somministrazione vaccinale.<sup>394</sup>

Si è quindi sentita la necessità di un intervento legislativo motivato ulteriormente dalla presa di difesa dei soggetti terzi che vengono incisi, negativamente, da posizioni “libere” a conferma dell'istanza solidaristica che risiede alla base delle teorie vaccinali e ad ulteriore conferma del fatto che la mancata preservazione dell'interesse collettivo non rappresenta solo un costo economico o dei rischi che vengono volontariamente assunti ma che “esistono aspettative di vite incarnate che richiedono il prodursi di condizioni ben precise per non incappare in gravissimi rischi”.<sup>395</sup> Per questo, rispetto alla nozione di obbligatorietà vaccinale, il decreto-legge 7 giugno 2017, n.73, rappresenta un'inversione di rotta, in quanto non si limita ad aumentare il numero di vaccinazioni obbligatorie ma, come si vedrà più avanti, prevede una serie di sanzioni all'inadempimento.<sup>396</sup>

A seguire si inserisce una figura esplicativa degli elementi strategici o programmatici presenti durante il processo decisionale nell'introduzione di vaccini.

---

<sup>393</sup> Per approfondimenti si rimanda al documento congiunto consultabile al link: <https://www.fimp.pro/images/vaccini.pdf>

<sup>394</sup> Coperture vaccinali pediatriche, i dati 2015, pubblicato su “Notizie dal Ministero”, 10 ottobre 2016. Si rimanda a: [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2718](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2718)

<sup>395</sup> Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, cit., p. 11.

<sup>396</sup> Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, cit., p.4.

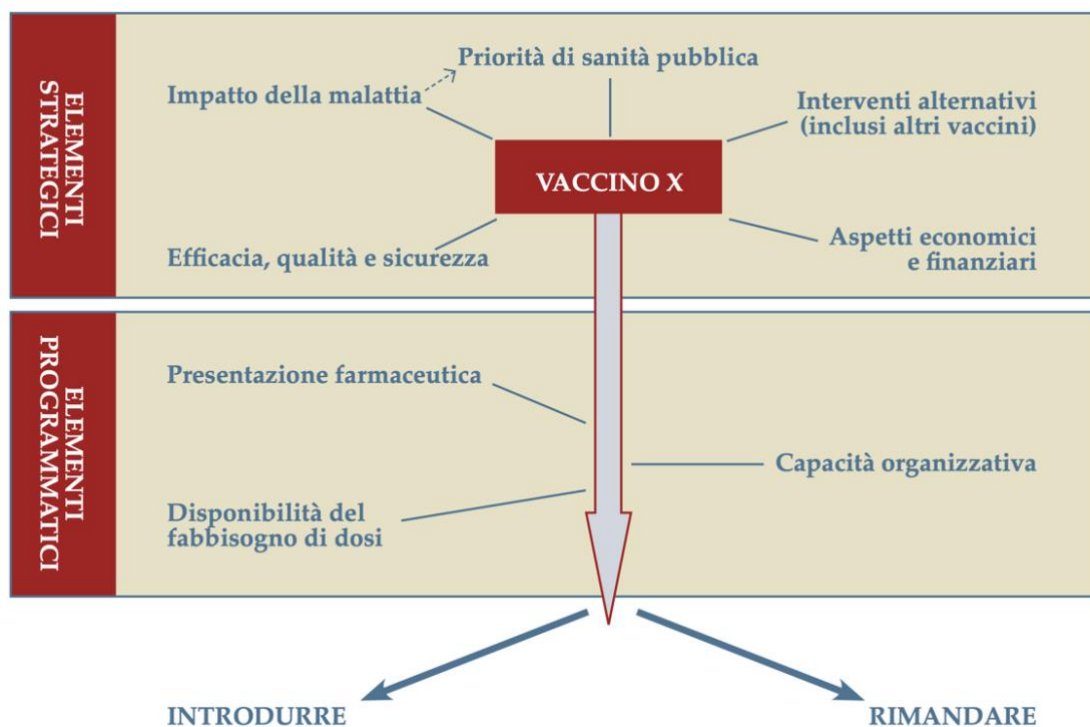


Figura 5

Fonte: <https://www.fimp.pro/images/vaccini.pdf>, p.18.

Il decreto-legge n.73, c.d. “decreto vaccini” o “decreto Lorenzin”, introduce quindi un obbligo vaccinale generale (nel senso che l’obbligo non è rivolto a specifici soggetti come può avvenire per esigenze lavorative) e risponde sia ai requisiti di “straordinaria necessità ed urgenza” stabiliti dall’art. 77 della Costituzione sia ai limiti imposti dall’art. 32 con riferimento alla tutela della salute pubblica ed il rispetto della persona umana.<sup>397</sup> È la straordinaria necessità ed urgenza a costituire una delle tre motivazioni utili all’adozione del decreto. Infatti, garantire – per necessità ed urgenza - il mantenimento di attività di prevenzione omogenee sul territorio nazionale, adeguate condizioni epidemiologiche attraverso la copertura vaccinale e il rispetto (o il raggiungimento) di obblighi assunti a livello sovranazionale costituiscono elementi di legittimità costituzionale importante per la validità del decreto-legge. Tuttavia, sulle ragioni presentate dall’esecutivo sono stati

<sup>397</sup> Si rimanda a risposte di F. G. Pizzetti, *Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, su “BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto”, n. 2, 2017, p. 19.  
Scaricabile al link: <http://hdl.handle.net/20.500.12318/4777>

sollevati dei dubbi e delle domande inerenti al fatto che nel testo del d.l. non si ritrova menzione di situazioni che constatano tale urgenza o rischio epidemiologico altrimenti difficilmente gestibile con una legislazione di tipo ordinario. Tra le critiche più diffuse sulla scelta dello strumento del decreto-legge, in questo caso, vi è la divisione che caratterizza la dottrina circa il carattere relativo o assoluto della riserva di legge all'art. 32 della Costituzione.<sup>398</sup>

È opinione condivisa che il ricorso assiduo alla decretazione d'urgenza sia diventato sempre più rilevante negli ultimi anni - anche quando non vi siano ragioni straordinarie di necessità ed urgenza - con un impiego sistematico che finisce per mutare il rapporto di equilibrio tra Governo e Parlamento, dal momento che il Governo attraverso la decretazione d'urgenza riesce a limitare il dibattito parlamentare consolidando il c.d. "equilibrio delle fragilità in cui ciascun organo opera tra le inefficienze dell'altro".<sup>399</sup>

È stato notato come anche il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale approvato pochi mesi prima del decreto, pur evidenziando un andamento non positivo delle coperture vaccinali, "non aveva segnalato né la straordinaria necessità, né l'urgenza di modificare il regime giuridico di obbligatorietà delle vaccinazioni"<sup>400</sup> ma, al massimo, suggeriva "un'intensificazione dell'opera di persuasione da parte delle autorità sanitarie, nei confronti della popolazione, in modo tale da ampliare la sottoposizione volontaria, e non coatta, ai piani vaccinali sulla base del dialogo e del consenso informati".<sup>401</sup> Le vaccinazioni inserite come obbligatorie, dodici in totale, superano numericamente quelle

---

<sup>398</sup> In base all'art.32 Cost., un trattamento sanitario può essere obbligatorio solo "per disposizione di legge", quindi è consolidato che vi sia una riserva di legge statale a riguardo: ma di che tipo di riserva si tratta? Negroni A. A., Pace A., Pezzini B., si sono schierati a sostegno del carattere assoluto della riserva di legge mentre Crisafulli V. e Caravita B. sono sostenitori del carattere relativo e, infine, anche la Corte costituzionale (incidentalmente) ha indicato tale riserva di legge come relativa (Corte Cost., 20 giugno 1994, n. 258). Per coloro che si sono schierati a favore del carattere assoluto della riserva di legge le motivazioni riguardano, ad esempio, il fatto che la formulazione "per disposizione di legge" sembra escludere l'apertura a fonti subordinate e il fatto che l'art. 32 Cost. indica che la legge può prevedere l'obbligatorietà di un "determinato" trattamento sanitario, il cui obbligo debba essere quindi disciplinato in maniera diretta e puntuale dalla legge. Alla luce di queste osservazioni le domande di parte della dottrina hanno riguardato la questione del se un decreto-legge possa soddisfare la riserva di legge di cui all'art. 32 Cost, dal momento che la legge formale rappresenta una garanzia sia nell'espressione della volontà popolare sia per la dialettica partecipativa del parlamento che la caratterizza. Le opinioni che, al contrario, ritengono che il decreto-legge possa disciplinare materie coperte da riserva di legge si poggiano sul fatto che, in caso di conversione, i contenuti del decreto vengono incorporati in una legge formale (Negroni A. A., Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie, in "Forum di Quaderni Costituzionali", vol. 2, 2020, p. 787- 793).

<sup>399</sup> Coduti D., La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo, in "Rivista AIC", n. 3, 2018, p.6.

<sup>400</sup> Si rimanda a risposte di F. G. Pizzetti, *Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, cit., p. 20  
Scaricabile al link: <http://hdl.handle.net/20.500.12318/4777>. 20.

<sup>401</sup> *Ibidem*.

su cui effettivamente si stava registrando un calo. Dal momento che si stava registrando un aumento di casi del solo morbillo, l'obiettivo pare essersi spostato dalla volontà di mantenimento costante dei tassi di prevenzione alla volontà di incrementarli attraverso un'azione governativa, la quale, tuttavia, finisce in questo caso per risultare non pertinente nei confronti della situazione iniziale che si intendeva contrastare e della motivazione stessa dell'azione governativa.

Nonostante la prima bozza del decreto-legge n. 73 sia stata delineata in autonomia dalla Ministra Lorenzin, dal Capo di Gabinetto del Ministero della Salute, dal responsabile della Direzione Generale Prevenzione del Ministero, dal responsabile dell'ufficio legislativo del Ministero e dal presidente dell'Istituto Superiore di Sanità,<sup>402</sup> le previsioni contenute in tale bozza non si possono dire basate su pura discrezionalità politica in quanto tengono conto di evidenze scientifiche non solo nazionali ma anche sovranazionali.<sup>403</sup> In questo senso, la stessa Ministra Lorenzin ha affermato di aver fatto *lobbying istituzionale* a favore dell'incremento delle vaccinazioni combattendo una battaglia che vedeva in contrapposizione la scienza da una parte e dall'altra "le lobby dell'anti-scienza".<sup>404</sup>

La Ministra Lorenzin, da parte sua, ha dichiarato di aver ricevuto la richiesta esplicita in sede di Conferenza Stato-regioni di "una legge nazionale che in tempi brevi stabilisca l'obbligatorietà dei vaccini per l'accesso dei bambini ai nidi e alla scuola materna, su tutto il territorio nazionale".<sup>405</sup> L'assessore alla Sanità della regione Piemonte Saitta, coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, in quella circostanza ha parlato non solo a nome della sua regione ma anche delle altre regioni italiane (fatta eccezione per il Veneto e la Lombardia che costituivano voci fuori dal coro) facendo notare che il tema delle vaccinazioni obbligatorie poteva essere gestito dalla legislazione nazionale affinché si evitassero forme di "federalismo a macchia di leopardo", previsione non utopica se si considera che già la regione Toscana e l'Emilia-

---

<sup>402</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 293.

<sup>403</sup> Risposte di Agosta S., su Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte, su "BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto", n. 2, 2017, p. 44. Si rimanda a: <http://hdl.handle.net/20.500.12318/4777>

<sup>404</sup> Si rimanda a: *Lorenzin, dietro i no vax c'è un business enorme: 'Paure illogiche vengono strumentalizzate da gruppi di interesse'*, pubblicato su ANSA, 9 febbraio 2018. Consultabile al link: [https://www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/lorenzini-dietro-i-no-vax-ce-un-business-enorme-\\_c89d74be-b6f4-40c3-8c53-e70cf3fd362b.html](https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/lorenzini-dietro-i-no-vax-ce-un-business-enorme-_c89d74be-b6f4-40c3-8c53-e70cf3fd362b.html)

<sup>405</sup> "I vaccini obbligatori per tutti", *le Regioni per una legge nazionale*, pubblicato su La Repubblica, Valeria Pini, 26 gennaio 2017.

Romagna avevano approvato leggi con la previsione dell'obbligatorietà vaccinale per l'iscrizione al nido o alla scuola materna e nella stessa direzione si stavano muovendo altre regioni (ad esempio la regione Puglia e la regione Lazio).<sup>406</sup>

Prima che iniziasse la stesura del decreto iniziarono a diffondersi contestazioni su una – ancora possibile - legge vaccinale, con polemiche prevalentemente sollevate da movimenti a favore della libertà vaccinale, da parte di esponenti politici e da medici. Con riferimento ai medici, va notato che la maggioranza dell'opposizione non riguardava tanto l'efficacia dei vaccini quanto l'obbligatorietà di essi, anche se non sono mancate posizioni che hanno contestato l'utilità dei vaccini. Tra le iniziative, infatti, si ricorda una lettera aperta all'Istituto Superiore di Sanità firmata da 150 medici italiani nella quale si affermava che “dopo un'osservazione minuziosa e prolungata nel tempo di bambini vaccinati e non vaccinati, questi ultimi appaiono indubbiamente e globalmente più sani”<sup>407</sup>, ma ci furono anche numerose petizioni<sup>408</sup> contrarie o favorevoli all'obbligo vaccinale per l'iscrizione agli asili a seguito delle decisioni introdotte in alcune regioni.<sup>409</sup> È proprio con riferimento alle voci contrarie di quegli anni che si iniziò a parlare di *no-vax*. Infatti, è stato notato come “tale espressione [sia] diventata di uso comune solo a partire dalla primavera del 2017, in concomitanza con l'approvazione del decreto Lorenzin”.<sup>410</sup>

Guardando ai contenuti, seppur in sintesi, del decreto-legge n.73 si prevede che le vaccinazioni obbligatorie e gratuite passino da essere quattro a dodici. Queste dodici vaccinazioni rappresentano un requisito necessario per l'ammissione ai servizi educativi dell'infanzia (per i bambini da 0 ai 16 anni in base alla rispettiva coorte di nascita) e qualora l'obbligo venisse violato si prevedono sanzioni economiche variabili dai 500 euro fino ad un massimo di 7.500 euro. Il testo prevedeva anche due casi di esonero dalle

---

<sup>406</sup> *Ibidem*.

<sup>407</sup> *Vaccinazioni Pediatriche: Lettera aperta al Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità*, di Roberto Gava, 20 ottobre 2015. Si rimanda a: [https://www.robertogava.it/vaccinazioni\\_lettera\\_presidente\\_sanita](https://www.robertogava.it/vaccinazioni_lettera_presidente_sanita)

<sup>408</sup> Con riferimento ad alcune petizioni condivise su change.org prima del d.l. n.73, il numero di firme raccolte è in alcuni casi esiguo mentre in altri molto corposo; ad esempio “Libertà di scelta in merito alle vaccinazioni” ha raccolto solo 800 firme mentre “#Vaccini Rispettare, promuovere e proteggere la libertà di scelta vaccinale in Europa” ha raccolto 424.310 firme. In senso opposto si sono promosse petizioni a favore dell'obbligo vaccinale, come “Difendiamo tutti i bambini, sì ai vaccini per andare a scuola” che ha raccolto 296.622 firme e rappresenta l'appello di un gruppo di mamme di bambini immunosoppressi.

<sup>409</sup> *Vaccinazioni: parte la petizione sul web contro l'obbligo negli asili nido pubblici*, di Filomena Fotia, 20 settembre 2016. Si rimanda a: <https://www.meteoweb.eu/2016/09/vaccini-parte-la-petizione-sul-web-contro-lobligo-negli-asili-nido-pubblici/749333/>

<sup>410</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 292.

vaccinazioni obbligatorie: erano esonerati i soggetti immunizzati per effetto della malattia naturale e i soggetti in specifiche condizioni cliniche documentate. A ciò si aggiunge nel testo del d.l. la previsione di campagne di comunicazione ed iniziative di formazione per diffondere la cultura vaccinale sia nel personale docente sia negli alunni per cui venivano stanziati 200.000 euro nel 2017.<sup>411</sup> Va considerato che, una volta portata a termine la prima stesura del decreto, si prevedeva l'obbligo vaccinale come requisito essenziale per l'iscrizione a tutte le scuole comprese quelle dell'obbligo oltre quelle d'infanzia. Per questo motivo già in Consiglio dei ministri si sollevarono delle perplessità che trovavano voce nell'allora Ministra dell'Istruzione Valeria Fedeli, la quale reputava complesso vincolare l'iscrizione alle scuole dell'obbligo perché si sarebbe finito per ledere il diritto costituzionale all'istruzione.<sup>412</sup>

Alla luce di tale prima obiezione, tra il Ministero dell'Istruzione ed il Ministero della Salute iniziò un momento di concertazione volto a trovare una soluzione alternativa, la quale fu di fatto individuata nella previsione dell'imposizione vaccinale esclusivamente per gli asili nido e le scuole materne.<sup>413</sup> Questa prima modifica implicò in risposta la richiesta da parte della Ministra Lorenzin di aumentare il prezzo delle sanzioni pecuniarie

---

<sup>411</sup> Si rimanda al testo completo del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, p.1. (17G00095) (GU Serie Generale n.130 del 07-06-2017) consultabile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/06/07/130/sg/pdf>

<sup>412</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 293.

<sup>413</sup> Con riferimento a questa intesa raggiunta si sono comunque individuate delle criticità. Ad esempio, secondo Negroni non si può ritenere completamente che l'esclusione dai servizi dell'infanzia non incidano sul diritto all'istruzione, giacché tali servizi rappresentano comunque un momento di particolare rilievo ai fini della socializzazione e dello sviluppo della personalità del bambino. Nel corso della sua argomentazione Negroni fa riferimento a delle norme che racchiudono il concetto appena descritto, ad esempio l'art. 2, lett. e, legge 28 marzo 2003, n.53 (delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale) sancisce che "la scuola dell'infanzia, di durata triennale, concorre all'educazione e allo sviluppo affettivo, psicomotorio, cognitivo, morale, religioso e sociale delle bambine e dei bambini promuovendone le potenzialità di relazione, autonomia, creatività, apprendimento, e ad assicurare un'effettiva eguaglianza delle opportunità educative"; mentre l'art. 1, comma 1, decreto legislativo 13 aprile 2017, n.65, (Istituzione del sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita sino a sei anni, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera e), della legge 13 luglio 2015, n. 107), stabilisce che "alle bambine e ai bambini, dalla nascita fino ai sei anni [...] sono garantite pari opportunità di educazione e di istruzione, di cura, di relazione e di gioco, superando disuguaglianze e barriere territoriali, economiche, etniche e culturali". Questi aspetti potrebbero quindi rafforzare l'idea dell'obbligo vaccinale inteso come onere. (Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, cit., p. 795)

Dall'altra parte, secondo Caravita B., "non sembra di potersi escludere la legittimità di un intervento legislativo che impedisca l'accesso di chi non è vaccinato anche alle scuole dell'obbligo al fine di tutelare la comunità scolastica, soprattutto laddove fosse necessario contrastare un'epidemia in corso".

(Coduti D., *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo*, cit., p. 7).

per gli inadempienti, dopodiché il testo del d.l. venne licenziato dal Consiglio dei ministri.

414

#### **2.4.1. Le contrapposizioni istituzionali e l'approvazione finale**

Considerando che i decreti-legge devono essere convertiti in 60 giorni dalla pubblicazione, pena la decadenza, il d.l. Lorenzin avrebbe dovuto essere approvato entro il 6 agosto 2017. Questi tempi ristretti portarono il governo a decidere deliberatamente - come è stato affermato - di presentare il testo prima al Senato ed in seguito alla Camera. Le motivazioni di questa scelta risiedono nella copertura di maggioranza di cui il Governo godeva alla Camera; infatti, l'esecutivo di Paolo Gentiloni ottenne nel suo insediamento 368 voti a favore e 105 voti contrari, di cui i 368 voti rappresentano, quindi, circa il 77% dei voti a sostegno.<sup>415</sup>

Sulla base di tale percentuale in supporto del Governo alla Camera non sarebbe stato problematico porre la fiducia, mentre simile ampia maggioranza mancava al Senato. I voti a favore al Senato nel momento dell'insediamento erano stati 169 e 99 i contrari, con un'incidenza del sostegno in termini percentuali intorno al 60%; infatti, si prevedeva che in quest'ultima sede sarebbe stato più complicato trovare un largo consenso senza mettere in discussione alcuni dei punti chiave del decreto.<sup>416</sup>

Il giorno 22 giugno 2017 ebbe inizio la seduta della Commissione Igiene e Sanità per discutere l'atto del Senato n. 2856 "Conversione in legge del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73" recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. Il giorno 20 luglio 2017 il testo viene approvato con le sue modificazioni e trasmesso all'altro ramo. Nei giorni tra la lettura e l'approvazione vennero fatte diverse e sostanziali modifiche al testo: le vaccinazioni obbligatorie sarebbero passate da 12 a 10 con 4 vaccinazioni raccomandate, venne ribadito che le obbligatorie costituissero un requisito indispensabile per l'ammissione all'asilo e alle materne, le sanzioni economiche rimasero ma gli importi furono sensibilmente ridotti (con la legge di conversione le multe vennero ridotte ad un minimo di 100 euro fino ad un massimo di 500 euro), mentre per le esenzioni nella legge di conversione si ristabiliva quanto già definito nel d.l. Lorenzin con

---

<sup>414</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 293.

<sup>415</sup> <https://www.camera.it/leg17/557?fiducia=16>

<sup>416</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., pp. 287- 295.

l'aggiunta che per chi aveva già contratto la malattia si prevedessero “vaccini in formulazione monocomponente o combinata in cui sia assente l'antigene per la malattia infettiva per la quale sussiste immunizzazione”.<sup>417</sup>

Anche le campagne di comunicazione vennero confermate per come previste e, in aggiunta, con la legge di conversione si attribuì all'Aifa, Agenzia Italiana del Farmaco, il compito di predisporre una relazione annuale inclusiva sia dei risultati dei programmi vaccinali sia delle reazioni avverse, oltre a ricevere l'incarico di negoziazione dei prezzi con le aziende farmaceutiche.<sup>418</sup> Infine, furono previsti nel testo della legge degli indennizzi per eventuali danni da vaccino e fu istituita l'anagrafe informatica su cui registrare i soggetti vaccinati, da vaccinare e le rispettive dosi e tempi di somministrazione.<sup>419</sup>

Il 20 luglio si votò il testo con i rispettivi emendamenti ed i risultati furono: 171 voti a favore, 63 voti contrari e 19 astenuti. Di cui, come si può analizzare dalla distribuzione dei voti, il 55% dei favorevoli era costituito dagli 88 membri del PD e il 12,3% dai 21 membri di FI-PDLA, differentemente il 46% dei voti contrari corrispondeva ai 29 membri del Movimento 5 Stelle che votarono in blocco contro la legge insieme ai 9 membri della lega che costituivano il 14,3% dei voti contrari, mentre gli altri partiti si espressero al loro interno con voti non uniformi.<sup>420</sup> È interessante notare come l'obiettivo dichiarato dalla Lorenzin e dalla presidente dell'allora Commissione Igiene e Sanità, Emilia De Biasi, fosse quello di ottenere i voti di Forza Italia,<sup>421</sup> obiettivo effettivamente raggiunto. Vale inoltre la pena evidenziare come il Movimento 5 Stelle sia stato contrario in blocco alla legge, dato che conferma le posizioni tendenzialmente antivacciniste del Movimento diffuse sui social nei mesi precedenti. Infatti, in sede di discussione, le maggiori opposizioni derivarono dalla Senatrice Taverna, del Movimento 5 Stelle, la quale è stata indicata in diverse occasioni come vicina ai *no-vax* per le sue posizioni<sup>422</sup> e che in sede

---

<sup>417</sup>Senato della Repubblica, Legislatura 17<sup>a</sup>, Disegno di legge n.2856, p.3

[https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddlmess\\_ddlmess1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddlmess_ddlmess1)

<sup>418</sup>Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., pp. 287- 295.

<sup>419</sup>Senato della Repubblica, Legislatura 17<sup>a</sup>, Disegno di legge n.2856.

[https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddlmess\\_ddlmess1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddlmess_ddlmess1)

<sup>420</sup> <https://parlamento17.openpolis.it/votazione/senato/decreto-vaccini-disegno-di-legge-n-2856-votazione-finale/41218>

<sup>421</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 295.

<sup>422</sup> Si rimanda a *L'inabissamento mediatico di Paola Taverna in tempi sì vax*, su Il Foglio, Marianna Rizzini, 22 novembre 2021.

di discussione al Senato ha dichiarato che il decreto-legge sull'obbligo vaccinale è un "boomerang che pagheremo tutti a prezzo caro" parlando a voce di "quei genitori [...] vaccinoscettici (forse per un eccessivo senso di protezione nei confronti dei propri figli, quel senso di protezione etichettato come ignoranza, credulità, dabbenaggine), di quei genitori che si sono fatti delle domande" presumendo inoltre il ruolo di convenienza economica svolta dai vaccini polivalenti piuttosto che da quelli monovalenti notando che "la questione della vaccinazione si divide tra quello che conviene e quello che non conviene e non tra ciò che serve e ciò che non serve"<sup>423</sup>. Altre forti opposizioni in sede di discussione furono avanzate anche da Vincenzo D'Anna (ALA). Quest'ultimo nel corso della seduta del 18 luglio 2017 ha illustrato dei dati di Aifa, relativi agli anni 2012 – 2017, evidenziando come siano state omesse da parte dei favorevoli alla legge le 21.658 reazioni avverse, di cui 454 con danni gravi al sistema neuromotorio e cinque decessi aggiungendo che "si è avuto un aumento del 40 per cento delle malattie da deficit di neurosviluppo, malattie che sono specificamente collegate alla presenza di alluminio"<sup>424</sup>. Sempre Vincenzo D'Anna, prima di essere espulso dall'aula, aveva annunciato che avrebbe continuato a sostenere le ragioni degli antivaccinisti e il naturale diritto di scelta dei genitori in assenza di una vera minaccia alla salute collettiva affermando, infine, che "[avrebbe attivato] gruppi di pressione politica, iniziative giudiziarie nazionali ed europee, riunioni della comunità scientifica non prevenuta, iniziative a livello regionale, di tutela del diritto all'istruzione"<sup>425</sup> pur di continuare a manifestare dissenso nei confronti di una legge che non voleva vedere approvata.

Comunque, una volta approvato, il testo passò alla Camera. Per evitare la decadenza del decreto il governo pose la fiducia sul provvedimento e, infatti, alla Camera si decise di non apportare ulteriori modifiche così che il 27 luglio 2017 il testo contenuto nell'atto Camera n. 4595 venne approvato esattamente per come era stato trasmesso dal Senato, quindi senza emendamenti, con 305 favorevoli, 147 contrari e 2 astenuti.<sup>426</sup> Di cui, il

---

<https://www.ilfoglio.it/politica/2021/11/22/news/1-inabissamento-mediatico-di-paola-taverna-in-tempi-si-vax-3393332/>

<sup>423</sup> Intervento di Paola Taverna, Resoconto stenografico della seduta n.863. Si rimanda a: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1036547.pdf>

<sup>424</sup> Intervento di Vincenzo D'Anna, Resoconto stenografico della seduta n. 861 del 18/07/2017.

Si rimanda a: [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Resaula&leg=17&id=1036376&part=doc\\_dc](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Resaula&leg=17&id=1036376&part=doc_dc)

<sup>425</sup> Vaccini, decreto passa al Senato. Espulso senatore D'Anna, Taverna (M5s): "Siete dei pazzi", pubblicato su DiRE - agenzia di stampa nazionale, autore Marcella Piretti, 20 luglio 2017.

<sup>426</sup> [https://www.camera.it/leg17/1132?shadow\\_primapagina=7139](https://www.camera.it/leg17/1132?shadow_primapagina=7139)

75,3% dei favorevoli era costituito dai 223 membri del PD, mentre il 71,7% dei contrari era rappresentato dai 66 membri del Movimento 5 Stelle, i quali anche in questa sede votarono in blocco contro la legge insieme ai 12 membri della Lega che costituivano, invece, il 13% dei voti contrari.<sup>427</sup>

In conclusione, mettendo a confronto il decreto-legge n.73 del 2017 e la legge di conversione n.119 del 2017, nel decreto-legge n.73 le vaccinazioni obbligatorie previste erano dodici (anti-poliomelitica, anti-difteritica, anti-tetanica, anti-epatite, anti-pertosse, anti-Hib, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-parotite, anti-varicella, anti-meningococcicaB e anti-meningococcicaC) mentre nella legge di conversione n.119 le vaccinazioni obbligatorie sono dieci (vengono mantenute tutte le precedenti vaccinazioni citate tranne anti-meningococcicaB e anti-meningococcicaC) a cui si aggiungono quattro vaccinazioni raccomandate che non erano state previste come tali nel decreto- legge (anti-meningococcicaB, anti-meningococcicaC, anti-pneumococcica e anti-rotavirus). Per quanto riguarda gli esoneri, viene confermato quanto già previsto nel decreto-legge, si considerano esonerati i soggetti che per vari motivi si sono già immunizzati naturalmente o coloro i quali non possono sottoporsi alla vaccinazione per specifiche condizioni cliniche che sono state accertate dal medico.<sup>428</sup> Mentre, guardando alle sanzioni economiche si nota come tra decreto-legge e legge di conversione queste subirono una notevole modifica e diminuzione, grazie anche alle posizioni mostrate in sede di discussione che segnalavano “gli obblighi e le sanzioni la forma più arcaica di educazione sanitaria e di prevenzione della salute”<sup>429</sup>, tanto che gli importi vennero ridotti da un minimo di 500 euro a 7500 euro, inizialmente previsti, ad un minimo di 100 euro a 500 euro. Per quanto riguarda i compiti assegnati al Ministero della Salute con la legge n.119 del 2017, oltre le già previste iniziative di comunicazione e informazione sui vaccini, si aggiunse l’istituzione di un’anagrafe nazionale vaccinale e, sempre in aggiunta rispetto al decreto-legge, si affidarono all’Aifa i compiti di negoziazione dei prezzi dei vaccini, di predisporre una relazione annuale sul sistema di vaccino vigilanza, di essere litisconsorte necessario nelle controversie per danno da vaccino e di verificare annualmente la disponibilità dei vaccini in monocomponente. Per quanto previsto in

---

<sup>427</sup> <https://parlamento17.openpolis.it/votazione/camera/decreto-vaccini-ddl-4595-voto-finale/41286>.

<sup>428</sup> Decreto-legge 7 giugno 2017, n.73 Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. (GU Serie Generale n.130 del 07-06-2017)

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/06/7/17G00095/sg>

<sup>429</sup> Intervento di Nerina Dirindin per dichiarazione di voto in dissenso dal gruppo. Si rimanda a: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1036547.pdf>

termini di impegni finanziari, infine, mentre con il decreto-legge si stanziavano 200.000 euro per attività di sensibilizzazione nelle scuole, con la conversione si aggiunsero 300.000 euro per l'istituzione dell'anagrafe vaccinale nazionale e 1.435.000 euro per eventuali indennizzi a soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie.<sup>430</sup>

## **2.5. I ruoli nelle fasi decisionali e i risultati**

Come sappiamo la scelta dei momenti in cui intervenire per esercitare pressione sul decisore pubblico può risultare fondamentale per il successo dell'iniziativa legislativa. L'analisi della curva di influenza legislativa, ripresa in Petrillo ed elaborata anche da Guéguen, evidenzia come la capacità di "iniziare per tempo" - scegliendo di agire quando, in base alla circostanza, risulta essere il momento più opportuno - può determinare il raggiungimento dell'obiettivo senza dispersione di sforzi e limitando al minimo le situazioni di compromesso a detrimento dell'obiettivo preposto.<sup>431</sup>

Se, dunque, proviamo a mettere a fuoco il ruolo degli attori e portatori di interesse protagonisti nel caso finora descritto del decreto-legge Lorenzin possiamo desumere le tecniche che sono state impiegate dalle strategie attuate, ma anche il modo in cui è stato affrontato il problema in modo funzionale alle istanze di cui i soggetti erano portatori. Va notato che in sede di interviste condotte per questo elaborato ci sono state diverse risposte restie a concedere informazioni, resistenza che comunque, assume un proprio significato nella trattazione del tema ed ha un valore euristico. Ciò che si vuole mettere in rilievo in questo paragrafo sono i ruoli che i singoli portatori di interesse hanno assunto nelle diverse fasi decisionali che hanno portato all'approvazione della legge n.119/2017. Facendo un'analisi a ritroso delle dinamiche abbiamo visto come gli attori chiave di tutto il processo siano stati la Ministra Lorenzin, accerchiata dalla società scientifica, e gli esitanti, rappresentati in parte da alcuni partiti che hanno in blocco votato contro la legge.<sup>432</sup>

Nella fase di *drafting* legislativo, come già detto, non c'è stato molto spazio per iniziative di gruppi di pressione anche se, volendo aprire l'analisi alla possibilità di un lobbying di

---

<sup>430</sup> Legge n.119/2017, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale. (GU Serie Generale n.182 del 05-08-2017) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/08/5/17G00132/sg>

<sup>431</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., pp.88- 81.

<sup>432</sup> Tra i numerosi articoli che fanno riferimento in quegli anni al Movimento 5 Stelle come il partito a supporto dei no-vax, si rimanda a: Gli anti vax hanno un partito: il M5s, pubblicato su Il Foglio, Luciano Capone, 22 marzo 2017. Link: <https://www.ilfoglio.it/salute/2017/03/22/news/m5-protesta-anti-vaccinidavanti-a-montecitorio-126450/>

tipo istituzionale orizzontale, un ruolo propulsore è stato sicuramente svolto dalle richieste di intervento fatte dalle regioni alla Ministra della Salute. È riconosciuta infatti la possibilità di un lobbying di tipo istituzionale che vede “la tutela di un interesse generale, di natura prevalentemente pubblica, ma limitato dal punto di vista territoriale o di competenza”.<sup>433</sup> Non c’è stata in questa fase un ricorso a interventi esterni, se non quelli della società scientifica che hanno fornito una cornice entro cui legittimare l’impostazione e la stesura del testo basandola sulle evidenze scientifiche.<sup>434</sup>

È interessante notare il ruolo della società scientifica con riferimento ad un altro spettro di analisi: se si assume che la leva scientifica possa rappresentare uno strumento di lobbying basato sulla reputazione e sulla ricerca del consenso attraverso l’autorevolezza delle tesi sostenute è altrettanto possibile supporre che la possibilità del Ministero della Salute di contare sul pieno sostegno dell’Istituto Superiore di Sanità, dell’Agenzia Italiana del Farmaco, del Consiglio Superiore di Sanità e delle Associazioni dei pediatri o dei genitori con bambini immunodepressi, rappresenta una scelta tecnica mirata a strumentalizzare l’importanza della questione nella percezione degli interlocutori a cui si proponeva la legge arricchendo la questione di quel cosiddetto “expertise”<sup>435</sup> che dota il decisore delle informazioni necessarie ad assumere la decisione, intendendo con decisore il Consiglio dei Ministri prima, Camera e Senato dopo.

Infatti, la leva scientifica, come descritta da Petrillo, si pone “a metà strada tra il lobbying diretto ed indiretto” consistendo nel “ricorso alla predisposizione di studi, ricerche, e centri universitari indipendenti e autorevoli”.<sup>436</sup> Questa analisi per come descritta è sostenuta dalla stessa Lorenzin, la quale ha affermato che non ricevette azioni di lobbying ma fu essa stessa ad esercitarle.<sup>437</sup> Invero, gli studi prodotti con il supporto della leva scientifica sono stati utilizzati in luoghi istituzionali per legittimare una posizione ben precisa. Va precisato che per ciò che è emerso dall’analisi condotta in questo caso, in un momento iniziale, il lobbying è stato esercitato in senso “verticale”, quindi dai rami regionali verso il luogo ministeriale. Infatti, le regioni premevano per un’estensione dell’obbligo vaccinale, fatta eccezione per la Regione Veneto che ha sempre mantenuto

---

<sup>433</sup> *Ibidem*, p. 40.

<sup>434</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit. p. 299.

<sup>435</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 256.

<sup>436</sup> *Ibidem*, p. 283.

<sup>437</sup> Tratto da una dichiarazione estratta da uno scambio di e-mail avvenuto con il già Ministro dell’Istruzione Beatrice Lorenzin il 9 dicembre 2021.

una posizione contraria fino a sfociare nell'opposizione espressa con strumenti giuridici attraverso due ricorsi alla Corte costituzionale in cui denunciava l'incostituzionalità del decreto.<sup>438</sup>

In un secondo momento, invece, il lobbying è stato di tipo "orizzontale", poiché la legge necessitava - attraverso il dialogo - la ricerca di un punto di mediazione con posizioni opposte già presenti nelle sedi decisionali e che rappresentavano gli interessi degli esitanti. Infatti, i lobbysti orizzontali "operano per determinare l'andamento dei lavori parlamentari così da assicurare la difesa delle prerogative del ministero di appartenenza, ovvero assicurare, in sede parlamentare, l'attuazione dell'indirizzo politico del ministro di riferimento".<sup>439</sup>

Gli esitanti hanno quindi svolto nel frattempo azioni di *grassroots lobbying* riuscendo ad influenzare e a posizionarsi nei processi dialettici decisionali nonostante l'assenza di fondamenti scientifici a sostegno delle loro tesi. La tecnica degli esitanti in questo caso è riassumibile con la capacità di "fare rumore" sfruttando le leve mediatiche ed i social network, quindi quegli strumenti tipici di *grassroots lobbying* che sono ascrivibili alle tecniche indirette del lobbying. La leva mediatica o dei social network rappresentano due strumenti estremamente capaci di attirare l'attenzione e di caricare di enfasi il significato della battaglia nel momento in cui c'è una crisi sociale e comunicativa avvertita e derivante da percezioni di persone alle quali non si dà voce attraverso strumenti tradizionali, costringendo questi percettori a utilizzare strumenti esterni per amplificare la diffusione delle loro istanze. Infatti, i *no-vax* hanno fatto ricorso all'uso dei social per diffondere campagne diffamatorie contro i promotori del decreto accusando gli stessi di intrattenere rapporti di interesse con le case farmaceutiche: nello specifico Ricciardi è stato accusato di aver intrattenuto rapporti con aziende produttrici di vaccini.<sup>440</sup>

In realtà, dall'analisi condotta è emerso come le aziende farmaceutiche non siano mai comparse durante tutto il processo che ha caratterizzato l'evoluzione del decreto in legge. Anzi, dalle interviste effettuate è stato rilevato che, nonostante le aziende farmaceutiche (e in generale Farindustria) fossero a favore del decreto per motivi scientifici oltre che economici, hanno preferito non prendere posizione per evitare di compromettere la

---

<sup>438</sup> Decreto Vaccini, depositato il ricorso della Regione Veneto, pubblicato su Altalex, Laura Biarella, 18 agosto 2017. <https://www.altalex.com/documents/news/2017/08/17/vaccini-ricorso-regione-veneto>

<sup>439</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 41-42.

<sup>440</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., 298.

validità di un decreto che va ben oltre il vantaggio economico e che avrebbe, qualora approvato, portato dei benefici a lungo termini all'intero Ssn.<sup>441</sup>

Questo dimostra come i gruppi economici rappresentati dalle aziende farmaceutiche, sulla base delle informazioni raccolte, non abbiano giocato un ruolo fondamentale nella questione che prendiamo in analisi risultando assenti in ogni fase del processo di *policy*, tanto che la Commissione Igiene e Sanità convocò nel corso dei suoi lavori alcuni gruppi di interesse per delle audizioni informali, tra cui gruppi imprenditoriali farmaceutici e Farindustria, ma declinarono l'invito.<sup>442</sup> Tuttavia, è presumibile che se c'è stato un intervento dei gruppi di pressione economici del settore farmaceutico è avvenuto nella fase di *agenda setting* che ha preceduto la proposta del decreto. Difatti in un momento antecedente Farindustria è stata chiamata a fornire delle informazioni sui vaccini acquistati per ogni singola regione dalle diverse aziende farmaceutiche al fine di elaborare degli studi di andamento sulla copertura vaccinale, insieme a studi di impatto economico della patologia HPV.<sup>443</sup>

Guardando alle fasi che ha attraversato il decreto in seguito al momento del *drafting ministeriale*, si nota che iniziarono già da questo momento a sollevarsi delle posizioni contrarie che si esplicitarono in primi gesti di *grassroots lobbying* attuato attraverso proteste online di *no-vax* e *free-vax*. Queste però non sono state in grado di influenzare il contenuto iniziale del decreto, in quanto l'unica modifica che è intervenuta in questa fase è derivata dall'opposizione della Ministra dell'Istruzione. Nella fase di dibattito in Senato, invece, emerge una forte contrapposizione di cui la Lorenzin era consapevole al punto da scegliere di scontrarsi prima con il Senato ed in seguito con la Camera. Questa fase necessitava numerose evidenze scientifiche che facessero da leva sui decisori orizzontali e a questo servirono la maggior parte delle audizioni tenute in commissione.<sup>444</sup> È stato notato come molte delle posizioni dei senatori contrari si fondassero su delle fonti fuorvianti: è infatti emerso che “alcuni gruppi parlamentari all'opposizione, soprattutto

---

<sup>441</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director at MSD Italia, Roma, 21 dicembre, 2021.

<sup>442</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director at MSD Italia, Roma, 21 dicembre, 2021.

<sup>443</sup> *Ivi*.

<sup>444</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p.300.

quelli della Lega e del Movimento 5 stelle, hanno dato voce alle posizioni di no vax e free vax”<sup>445</sup>.<sup>446</sup>

A sostegno di ciò, la Commissione Igiene Sanità convocò nel corso dei suoi lavori alcuni gruppi di interesse per delle audizioni informali e il Movimento 5 Stelle chiamò Comilva (Coordinamento del Movimento Italiano per la Libertà di Vaccinazione) e Condav (Coordinamento Nazionale Danneggiati da Vaccino).<sup>447</sup> Dai registri e dalla documentazione raccolta emerge che Uniti per la Libera Scelta,<sup>448</sup> Codacons,<sup>449</sup> Comitato per la libertà di scelta vaccinale,<sup>450</sup> Coordinamento Nazionale Danneggiati Vaccino,<sup>451</sup> Associazione Di Volontariato Gruppo Diritti Umani<sup>452</sup> e CittadinanzaAttiva<sup>453</sup> hanno richiesto di essere auditi, hanno partecipato a manifestazioni,<sup>454</sup> avviato petizioni e hanno presentato position paper rappresentando il loro interesse di non vedere approvata la Legge Lorenzin basando la loro posizione su motivazioni riguardanti i numeri dei danneggiati da vaccino, cercando di sostenere le loro argomentazioni con i punti della

---

<sup>445</sup> *Ivi*.

<sup>446</sup> Con riferimento agli interventi dei Senatori del Movimento 5 Stelle, si rimanda ad esempio a quello fatto da Manuela Serra il 12 luglio 2017, quello di Elena Fattori nella seduta dell’11 luglio 2017, quello di Paola Taverna del 20 luglio 2017.

<sup>447</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., 295.

<sup>448</sup> Relazione dell’associazione Lov – Liberi dall’obbligo vaccinale in merito al disegno di legge n.73 del 2017, presentata in senato il 13 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/221/STANCA.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/221/STANCA.pdf)

<sup>449</sup> La “protezione di gregge” e le coperture vaccinali: la realtà è ben diversa da quella presentata dalla Ministra Lorenzin, position paper di Fabio Franchi per Codacons, 18 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/223/CODACONS\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/223/CODACONS_1.pdf)

<sup>450</sup> 8 Domande dei genitori sul decreto-legge 73/2017, position paper presentato dal Comitato per la libertà di scelta vaccinale, 20 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/225/CLIVA\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/225/CLIVA_1.pdf)

<sup>451</sup> Audizione informale del Presidente COORDINAMENTO Nazionale Danneggiati da vaccino Nadia Gatti, 20 luglio 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/227/CONDAV\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/227/CONDAV_1.pdf)

<sup>452</sup> Relazione del Presidente Gruppo Diritti Umani, Gabriele Milani, 20 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/318/MILANI.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/318/MILANI.pdf)

<sup>453</sup> Direzione nazionale di Cittadinanzattiva, position paper curato da Sabrina Nardi, Vicecoordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato, 25 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/291/CITTADINANZATTIVA.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/291/CITTADINANZATTIVA.pdf)

<sup>454</sup> Decreto vaccini, mamme si incatenano davanti al Senato mentre è in corso la discussione della legge Lorenzin, su Il Fatto Quotidiano, Angela Gennaro, 11 luglio 2017. Si rimanda a: <https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/07/11/decreto-vaccini-mamme-si-incatenano-davanti-al-senato-mentre-e-in-corso-la-discussione-della-legge-lorenzin/3723023/>

Convenzione di Oviedo o con slide che includevano foto dei danneggiati e con presentazioni di analisi percentuali su effetti collaterali e tassi di copertura.

Si può notare, infine, come gli emendamenti applicati abbiano dato voce a richieste specifiche di alcuni gruppi di interesse come quello dei farmacisti o alla Conferenza Stato-Regioni o abbiano espresso la necessità di trovare un consenso nell'opposizione politica che dava voce ai *no-vax* finendo per modificare parti sostanziali del decreto. Tra i gruppi di interesse che sono stati presenti in questa fase e che sono effettivamente riusciti ad esercitare pressione attraverso l'inserimento di emendamenti ricordiamo l'Ordine dei Farmacisti, FOFI, agevolati dal presidio costante del Senatore Mandelli già presidente dell'Ordine.<sup>455</sup> Anche il position paper di Federfarma<sup>456</sup> presentato al Senato ha il merito di aver suggerito un emendamento. Tra gli emendamenti guadagnati dai farmacisti, infatti, si cita l'aggiunta del comma 3-bis secondo cui “al fine di rendere più agevole l'accesso alla terapia vaccinale, la somministrazione può essere effettuata da medici e infermieri, anche presso le farmacie pubbliche e private del territorio nazionale”.<sup>457</sup> Nel momento del dibattito in Senato, inoltre, le proteste iniziarono a spostarsi dal web agli spazi reali come Palazzo Madama e Piazza Montecitorio<sup>458</sup>, come fece intendere la Senatrice Lezzi, del Movimento 5 Stelle, intervenendo contro la Ministra Lorenzin nella discussione al Senato del 12 luglio 2017 dicendo “Vai fuori, ci sono tante mamme!”<sup>459</sup>. Infatti, da giugno a fine luglio anche i giornali italiani pullularono di documentazioni di questo tipo con titoli come “Vaccini: corteo 'no vax' a Roma, 'libertà di scelta’”<sup>460</sup> o “L'Italia del "free vax" in piazza: da Cagliari a Torino si manifesta per chiedere libertà di scelta”<sup>461</sup>.

---

<sup>455</sup> *Ibidem*, p. 296.

<sup>456</sup> Position Paper di Federfarma.

[https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/232/FEDERFARMA.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/232/FEDERFARMA.pdf)

<sup>457</sup> Emendamenti di Commissione relativi al DDL n. 2856, n. 1.101. Si rimanda al link: <https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=ListEmendc&leg=17&id=48124>

<sup>458</sup> Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 296.

<sup>459</sup> Senato della Repubblica, 17° legislatura, resoconto stenografico della seduta n. 857 del 12 luglio, 2017. [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Resaula&leg=17&id=1035942&part=doc\\_dc-ressten\\_rs](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Resaula&leg=17&id=1035942&part=doc_dc-ressten_rs)

<sup>460</sup> Riferimento all'articolo pubblicato su Ansa, “Vaccini: corteo 'no vax' a Roma, 'libertà di scelta’”, 11 giugno 2017. [https://www.ansa.it/lazio/notizie/2017/06/11/vaccini-corteo-no-vax-a-roma-liberta-di-scelta\\_0e02e0d8-3fa2-4e8a-b00f-bc44c3997a.html](https://www.ansa.it/lazio/notizie/2017/06/11/vaccini-corteo-no-vax-a-roma-liberta-di-scelta_0e02e0d8-3fa2-4e8a-b00f-bc44c3997a.html)

<sup>461</sup> Riferimento all'articolo pubblicato su La Repubblica, “L'Italia del "free vax" in piazza: da Cagliari a Torino si manifesta per chiedere libertà di scelta”, 3 giugno 2017. [https://www.repubblica.it/salute/2017/06/03/news/manifestazione\\_vaccini\\_obbligo-167128389/](https://www.repubblica.it/salute/2017/06/03/news/manifestazione_vaccini_obbligo-167128389/)

Successivamente all'approvazione, i gruppi di pressione contrari al decreto hanno continuato la loro lotta anche attraverso strumenti tipici del *grassroots lobbying* e insistendo sulla questione della libertà vaccinale. Le manifestazioni pubbliche ed in generale le azioni di *grassroots lobbying*, tuttavia, non hanno prodotto particolari risultati e alcune coalizioni di esitanti hanno provato a promuovere una legge di iniziativa popolare a favore della libertà vaccinale o hanno provato ad intraprendere vie giuridiche. Anche in seguito all'approvazione della legge le petizioni online di questi gruppi sono continuate, nel 2018 una sessantina di associazioni *no-vax* e *free-vax* hanno lanciato una raccolta di firme raccogliendo 75.000 consensi e hanno realizzato numerose iniziative come convegni o seminari con sostenitori delle loro istanze.<sup>462</sup>

Nella fase successiva si rilevano una serie di azioni legali, la prima delle quali intrapresa dal Codacons (Coordinamento delle associazioni per la difesa dell'ambiente e dei diritti degli utenti e dei consumatori) avviata in quanto “contrari alle disposizioni contenute nella nuova legge, fortemente limitative della libertà di scelta delle famiglie e caratterizzate da profili di illegittimità costituzionale già al vaglio della Consulta, ma anche a tutela degli stessi medici verso i quali si è scatenata una caccia alle streghe che ha portato a radiazioni”.<sup>463</sup> Questi gruppi di interesse hanno provato, inoltre, a fare ulteriore pressione sul successivo governo giallo-verde affinché venisse rivista la Legge Lorenzin, a conferma del sentimento di reciproca attenzione dei due mondi. Infatti, il Movimento 5 Stelle si è dimostrato il più vicino al movimento esitante, anche se gli studi non sono riusciti a farlo rientrare nella categoria dei *free-vax* piuttosto che in quella dei *no-vax*. Il movimento ha infatti mostrato negli anni una strana ambivalenza per far sì che la sua posizione rimanesse ambigua, anche se di recente i suoi rappresentanti si sono espressi con toni più pacati riconoscendo il valore scientifico delle vaccinazioni ma continuando a non condividerne l'obbligo.<sup>464</sup> Tuttavia nel 2017, quando le associazioni antivacciniste si battevano contro l'approvazione della Legge Lorenzin, gli unici politici presenti durante le manifestazioni erano membri del Movimento 5 Stelle e si ricorda, infatti, la dichiarazione di Davide Barillari considerato “alfiere del movimento anti-vax”

---

<sup>462</sup>Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, cit., p. 297.

<sup>463</sup> Vaccinazioni, il Codacons lancia il ricorso collettivo contro il decreto Lorenzin, pubblicato su ParmaToday, ottobre 2017. Consultabile al link: <https://codacons.it/vaccinazioni-codacons-lancia-ricorso-collettivo-decreto-lorenzin/>

<sup>464</sup> Casula M., Toth F., *The Yellow-Green Government and the Thorny Issue of Routine Childhood Vaccination*, pubblicato su “ISP, Italian Political Science”, vol. 13, n.2, 2018, pp.110-111.

che affermava: “c’è già pronta una riforma sanitaria per quando andremo al governo e ci saranno centri vaccinali in cui si daranno informazioni sui danni provocati dai vaccini”<sup>465</sup>. Alla luce di questa e numerose altre dichiarazioni che furono diffuse sul web, sommate al fatto che le delegazioni delle associazioni *no-vax* o degli esistenti hanno incontrato frequentemente i rappresentanti di Camera e Senato del Movimento 5 Stelle, i suoi rappresentanti risultavano in quella circostanza “l’unico partito che in maniera ufficiale appoggia la piattaforma programmatica della piazza”<sup>466</sup>. La posizione della Lega, invece, è rimasta immutata negli anni pre-Covid19 e ciò è stato dimostrato anche dalle parole di supporto alle iniziative intraprese dalla Regione Veneto contro il decreto Lorenzin. Tale posizione si esplica dal principio non in un rifiuto totale vaccinale ma nella convinzione che l’imposizione sia controproducente rispetto allo strumento del consenso informato, posizione condivisa da Matteo Salvini in diverse interviste.<sup>467</sup>

A seguire si inserisce un grafico elaborato sulla base della menzionata curva di influenza tratta da Petrillo e riadattata al contesto in questione.<sup>468</sup>

---

<sup>465</sup> Gli anti vax hanno un partito: il M5s, di Luciano Capone, pubblicato su Il Foglio, 22 marzo 2017. <https://www.ilfoglio.it/salute/2017/03/22/news/m5-protesta-anti-vaccini-davanti-a-montecitorio-126450/>

<sup>466</sup> *Ibidem*.

<sup>467</sup> Salvini contro i vaccini: «Dieci sono inutili e dannosi». Poi ringrazia i due paladini s, pubblicato su Il Sole24ore, 22 giugno 2018.

<https://www.ilsole24ore.com/art/salvini-contro-vaccini-dieci-sono-inutili-e-dannosi-poi-ringrazia-due-paladini-no-vax-AET4xpAF>

<sup>468</sup> Si rimanda a Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 80, fig. 1.6.

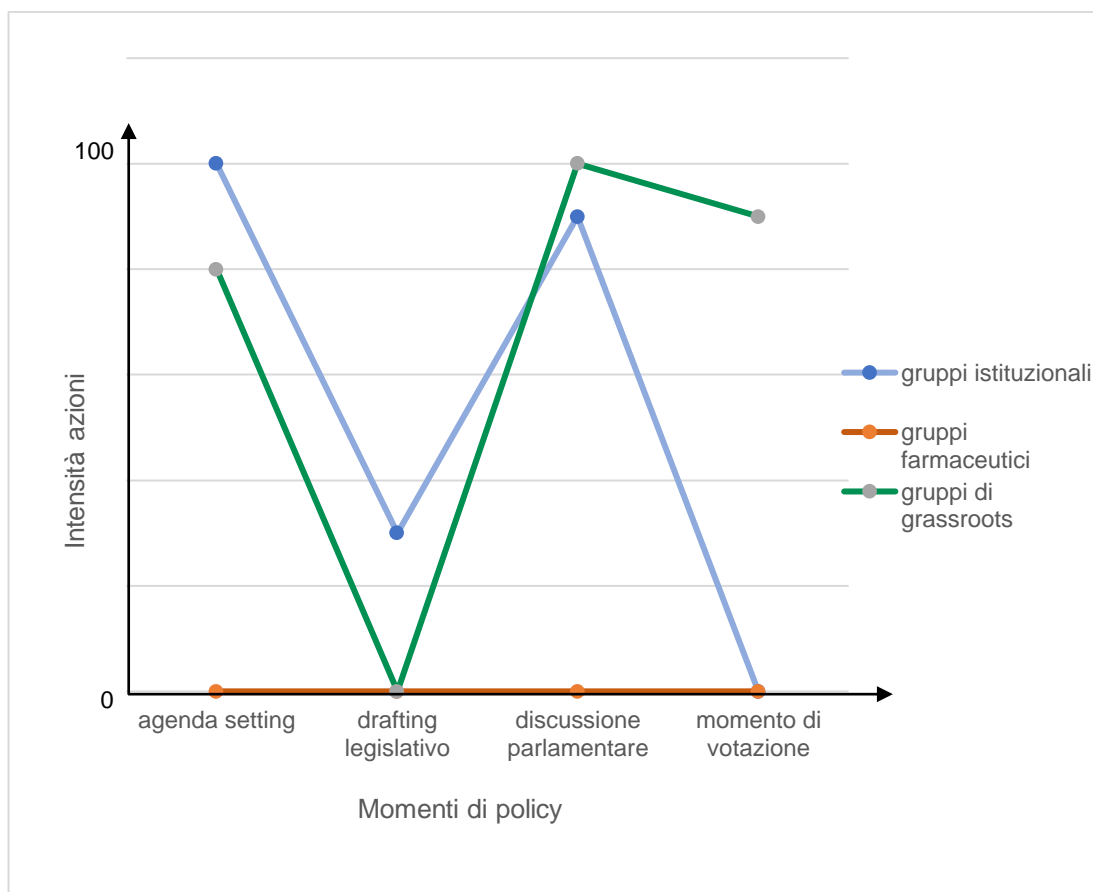


Figura 6. Grafico rappresentativo dell'intensità delle azioni di pressione dei singoli gruppi di interesse nel caso della Legge n.119 del 2017.

I riferimenti numerici sono da considerare come meramente indicativi di una scala di valore dell'intensità derivante da un'analisi generalizzata condotta ai fini del presente elaborato, quindi basata su dati empirici semplici ed estranei al rigore scientifico statistico.

Questo grafico dimostra nel complesso come i gruppi di pressione che potremmo definire espressivi, rappresentati dai *no-vax* e associazioni dei consumatori, in questo caso si siano attivati maggiormente nella fase del momento di *policy* che potremmo definire di *framing* e di decisione, non avendo avuto modo di partecipare durante la fase di *drafting* ma continuando a esercitare azioni di *grassroots* anche in seguito all'approvazione.

Mentre la linea dei gruppi economici (con cui si fa riferimento alle aziende farmaceutiche) è piatta in quanto la partecipazione di questi è risultata assente o irrilevante ai fini del processo di *policy* di questo caso specifico. I gruppi istituzionali, invece, rappresentati dalla Lorenzin e dalla cerchia di sostenitori con cui ha portato avanti il decreto fino all'approvazione risulta essere stato particolarmente attivo in Conferenza Stato-Regioni e nel Consiglio dei ministri, mentre sembra essersi chiuso in un momento di *drafting* per poi riprendere le azioni di pressione nel momento della discussione. In

conclusione, dal quadro generale emerge che i gruppi di interesse che, in questa vicenda specifica, sono diventati gruppi di pressione si attivano con intensità variabile in base all'interesse che tutelano ed in base agli strumenti che hanno a disposizione, ma anche in base al tipo di battaglia. Possono quindi diventare gruppi di pressione a seconda delle strategie che mettono in atto nelle diverse fasi del processo di *policy*. Emerge, inoltre, che le azioni di *grassroots* lobbying messe in atto dagli esitanti non hanno prodotto effetti concreti ma solo marginali ottenendo al massimo un alleggerimento delle sanzioni pecuniarie, maggiore disciplina sulla vaccinovigilanza e la previsione di più dettagliate procedure di risarcimento danno in caso di effetti collaterali. Tuttavia, è importante ricordare che questo caso di studio rappresenta una situazione non generalizzabile, anche per la peculiarità emersa che vede la Ministra Lorenzin svolgere nell'intera vicenda un ruolo pivot tanto da poterci consentire di identificarla, alla luce delle analisi condotte, come "lobbista istituzionale".

## **CAPITOLO TERZO: IL CASO DEL LOBBYING DEGLI PSICOLOGI PER IL RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE, art. 9, legge n° 3/2018**

### **3.1. Il riconoscimento degli interventi psicologici nei LEA: un breve quadro normativo**

Prima di procedere alla decostruzione e successiva analisi del caso di studio che farà da protagonista in questo capitolo è opportuno contestualizzare la vicenda entro una cornice normativa utile a spiegare l'oggetto delle rivendicazioni di cui ci occuperemo e le motivazioni. Nel paragrafo dedicato al diritto sanitario generale, analizzando le basi istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale e la sua organizzazione, si è evitato di trattare dettagliatamente la questione delle prestazioni sanitarie in quanto più strettamente attinenti al caso empirico che si vuole descrivere in questo capitolo. È questo il momento per approfondire le tipologie di prestazioni che il Ssn si propone di offrire e le modalità con cui lo fa, quindi i principi, i criteri ed i modelli su cui si basa nell'erogazione degli stessi.

I 'Livelli essenziali di assistenza' (d'ora in avanti Lea) rappresentano un elemento fondamentale di garanzia del diritto alla salute; infatti, le prestazioni offerte attraverso i Lea si basano su dei principi di uguaglianza, universalità, globalità e volontarietà così come previsto dall'art.1 legge 833 del 1978 (legge che ha istituito il Ssn) e come richiamati anche nell'art.1 d.lgs. n.229 del 1999, recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale".<sup>469</sup> Nello specifico per Lea si intendono "le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)".<sup>470</sup> L'art.1 comma 2, decreto legislativo n.502, poi modificato dal d.lgs. n.229 del 1999 e dalla legge 405 del 2001, prevede che i Lea siano assicurati attraverso risorse finanziarie pubbliche.

È importante notare che tale servizio si rivolge "a tutti i cittadini" senza distinzione alcuna per condizioni sociali o di reddito, ribadendo quindi i principi fondanti di uguaglianza ed

---

<sup>469</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p.190

<sup>470</sup> Cosa sono i LEA, Ministero della Salute.  
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn>

universalità dell'assistenza, tant'è che le regioni sono obbligate entro i limiti previsti dalla normativa vigente ad assicurare tali Lea. Il motivo per cui affrontiamo i Lea in questa sede risiede nel fatto che tra i diversi obiettivi che il Ssn si propone di attuare con questo strumento rientra anche la tutela della salute mentale.<sup>471</sup> Tale obiettivo, insieme agli altri, si raggiunge attraverso i criteri di efficacia, economicità, appropriatezza, programmazione e partecipazione alla spesa; con il senso di rendere l'intervento sostenibile ma soprattutto appropriato e adeguato alle necessità di salute dell'individuo.<sup>472</sup> Questi livelli rappresentano infatti delle "garanzie del Ssn, cioè i limiti qualitativi, quantitativi e tipologici che il servizio pubblico offre ed eroga".<sup>473</sup> I Lea inizialmente previsti erano sei e furono individuati per la prima volta con il D.P.R. del 24 dicembre 1992 di "definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria", ma per lungo tempo mantennero un aspetto esclusivamente programmatico non venendo ricondotti ad un obbligo per il Ssn.

Ripercorrere le fasi che hanno portato all'elaborazione dei nuovi Lea nel 2017 risulta indispensabile alla luce delle riforme che hanno caratterizzato il nostro paese a partire dalla fine degli anni '90 tra cui la riforma del Titolo V e il federalismo fiscale, che hanno avuto riflessi importanti sulla questione dell'assistenza sanitaria garantita, riforme a cui vanno sommate le ripercussioni dovute alle limitazioni all'indebitamento imposte alle regioni e al vincolo di pareggio di bilancio nella Costituzione.<sup>474</sup> L'aspetto a cui i Lea sono stati impescindibilmente legati negli anni riguarda quello delle risorse finanziarie destinate al Ssn. L'art.1 del d.lgs. n. 502/1992 al comma 7 enuncia:

“sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate”,

con la precisazione al comma 4, “da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione”.<sup>475</sup> Proprio con riferimento a questo requisito legato ai

---

<sup>471</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 190.

<sup>472</sup> *Ibidem*, p. 191

<sup>473</sup> *Ibidem*, p. 194.

<sup>474</sup> Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in “AIC, Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, n.2, 2017, p. 2.

<sup>475</sup> Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

finanziamenti la Corte costituzionale è intervenuta più volte<sup>476</sup> per ribadire che il contenuto essenziale da garantire per il diritto alla salute “va individuato in rapporto ai bisogni, ovvero alle esigenze specifiche della persona titolare del diritto, e non invece in base alle risorse finanziarie disponibili”.<sup>477</sup> Quindi, mentre nel d.lgs. n. 502 /1992 si è guardato prevalentemente alle risorse disponibili, con il d.lgs. n.229/1999 (con il quale si riquilibrano i livelli da “uniformi” in “essenziali”) si riporta la persona al centro, dovendosi stabilire le prestazioni non solo in un’ottica di economicità e sostenibilità delle risorse ma anche “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze”.<sup>478</sup> Ciò è confermato dalla sentenza della Corte costituzionale del 1999 n. 309 nel punto in cui afferma che:

“le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. Ed è certamente a quest'ambito che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche, o indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 della Costituzione, a che siano loro assicurate cure gratuite”.<sup>479</sup>

Tale sentenza assume ulteriore rilievo se si considera che nel d.lgs. n. 502/1999 la determinazione dei Lea non è più subordinata ad una preordinata individuazione delle risorse finanziarie, ma “è effettuata contestualmente ad essa e si comprende allora che il dato economico può avere forza propulsiva”.<sup>480</sup> Sempre relativamente al finanziamento, con l’introduzione del “federalismo fiscale” le Regioni risultano coinvolte anche per ciò che riguarda la determinazione delle risorse di cui sono destinatarie per l’erogazione del servizio.<sup>481</sup>

Con l’avvio del federalismo, infatti, a seguito del 2001 e con la legge n. 405 di quell’anno, “si disponeva l’immediata predisposizione di un provvedimento ministeriale da assumere

---

<sup>476</sup> Riferimento a: Corte Cost., 20 maggio 1998, n. 185; Corte Cost., 7 luglio 1998, n. 267; Corte Cost., 7 luglio 1999, n. 309; Corte Cost., 13 novembre 2000, n. 509.

<sup>477</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p.196.

<sup>478</sup> *Ibidem*, p. 197.

<sup>479</sup> Sentenza n. 309/99 Corte costituzionale.  
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=1999&numero=309>

<sup>480</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p.198.

<sup>481</sup> Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in “AIC, Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, n.2, 2017, p. 11.

d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni”<sup>482</sup> perché fino a quel momento difatti individuare i Lea era risultato un compito estremamente complicato. I Piani Nazionali Sanitari avrebbero dovuto indicare le prestazioni necessariamente erogabili ma, per tutta la durata degli anni '90, non hanno raggiunto la finalità limitandosi (al massimo) a indicare le prestazioni non erogabili dal Ssn, situazione che ha costretto il legislatore ad assegnare tale compito ad una fonte secondaria (un d.p.c.m.) che sarebbe stata elaborata per concertazione in sede di Conferenza Stato-Regioni.<sup>483</sup>

Anche per questa ragione il d.p.c.m. del 29 novembre 2001 ha segnato un momento importante per la disciplina dei Lea e, nonostante abbia ricevuto marginali correzioni con il d.p.c.m. del 16 aprile del 2002, è rimasto valido fino al 2016, anno in cui è stato sostituito dal d.p.c.m. del 12 gennaio 2017. La longevità di questo d.p.c.m. risulta problematica se si considera che il mancato aggiornamento può aver influito negativamente sulla tutela del diritto a ricevere assistenza; inoltre, come ha messo in rilievo la Corte costituzionale “la necessità di aggiornare i Lea non impatta solo sulla tutela del diritto alla salute, ma anche sulla corretta pianificazione e gestione della finanza regionale”.<sup>484</sup> L'aspetto caratteristico ulteriore del d.p.c.m. del 2001 è che si caratterizzava per un solo articolo e quattro allegati: uno per l'identificazione delle linee guida e tre per la definizione dei Lea, ma mancava una descrizione dettagliata degli interventi erogabili, situazione che ha favorito il proliferarsi di norme successive volte a colmare le lacune andando a creare un difetto evidente di stabilità nell'intero sistema, in cui si finiva per lasciare alle regioni la scelta discrezionale di includere un Lea piuttosto che un altro.<sup>485</sup>

Ogni regione ha recepito il decreto con atti propri creando così notevoli differenze a livello nazionale che si sono sommate a differenze organizzative o finanziarie che hanno finito per compromettere il principio di garanzia dell'uniformità dei Lea su tutto il territorio.<sup>486</sup> Mentre in un primo momento la differenziazione regionale si è caratterizzata per i divari organizzativi, in un secondo momento ha riguardato anche le scelte della qualità e quantità delle prestazioni erogabili e i sistemi di compartecipazione degli utenti alle spese. Tra le distinzioni regionali si individuano quattro modelli:

---

<sup>482</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p.198

<sup>483</sup> Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in “AIC, Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, n.2, 2017, p. 3.

<sup>484</sup> *Ibidem*, p. 2.

<sup>485</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 201.

<sup>486</sup> *Ivi*.

- sistemi aperti, nei quali si riconosce la concorrenza tra strutture nella completa libertà di scelta dell'utente;
- sistemi programmati, con un ruolo predominante dell'amministrazione titolare del servizio;
- sistemi in cui le Asl hanno un ruolo di committenza oppure di produzione diretta;
- sistemi con maggiore o minore coinvolgimento delle risorse private.<sup>487</sup>

Ad esempio, la Lombardia ha sviluppato un sistema basato su un principio di parità tra pubblico e privato classificandosi come un sistema aperto,<sup>488</sup> mentre l'Emilia-Romagna rappresenta un esempio di modello programmato basato sulla regolamentazione dell'accesso al mercato e sull'utilizzo selettivo dell'accreditamento di strutture erogatrici private.<sup>489</sup> Sempre nel 2001, i livelli essenziali vennero inseriti nella Costituzione con l'inserimento della lettera m all'art.117 secondo cui è in capo allo Stato la "determinazione dei livelli essenziali di assistenza concernenti i diritti civili e sociali" e alle Regioni spetta il potere di emanare norme di dettaglio per la determinazione organizzativa sanitaria sulla base delle previsioni statali.<sup>490</sup> Nonostante l'obiettivo fosse quello di assicurare l'uguaglianza, le disparità regionali che si sono venute a creare sono state numerose, anche per questo il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 si presenta come elemento di rottura rispetto al passato perché si lascia alle spalle il carattere semplicemente ricognitivo della disciplina per aprirsi a una revisione del sistema provvedendo quindi ad individuare concretamente i Lea. Infatti, è stato rilevato che il d.p.c.m. del 2017, pur aggiornando anche altre prestazioni già oggetto di Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016,<sup>491</sup> assume un carattere costitutivo come "fonte primaria di individuazione delle attività, dei servizi e delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini"<sup>492</sup> e ciò significa che non ci sono rinvii a normative vigenti.<sup>493</sup>

A differenza del precedente, il d.c.p.m. si compone di 64 articoli e 12 allegati "nei quali trovano individuazione e declinazione le tre macro aree della prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera" e dove sono

---

<sup>487</sup> *Ibidem*, pp. 101 – 111.

<sup>488</sup> Legge Regionale Lombardia, 30 dicembre 2009, n. 33.

<sup>489</sup> Legge Regionale Emilia-Romagna, 23 dicembre 2004, n. 29.

<sup>490</sup> Art. 117, Cost. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-ii/titolo-v/articolo-117>

<sup>491</sup> Guerra G., *I nuovi livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in "Politiche Sanitarie", vol. 18, n.1, gennaio – marzo 2017, p. 41.

<sup>492</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 201.

<sup>493</sup> Vicarelli G., *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in "Politiche Sociali", vol.3, settembre-dicembre 2017, p. 519.

dettagliatamente specificate oltre le prestazioni incluse anche quelle escluse dai Lea.<sup>494</sup> Si vede nel nuovo d.p.c.m. un'elevata attenzione nei confronti di condizioni gravi o croniche e una maggiore attenzione all'appropriatezza clinica, elementi che lasciano invariati i costi per il Ssn.<sup>495</sup> Con riferimento alle tipologie di prestazioni sono state individuate dal d.p.c.m. del 2017 come tre macro aree di intervento del Ssn: "prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera".<sup>496</sup> Tuttavia, anche con il nuovo d.p.c.m. "l'eterogeneità delle funzioni del Servizio Sanitario Nazionale, che assicura prestazioni assai diverse tra loro [...], trovano allocazione in una complessa serie di presidi, strutture, rapporti con il personale e con il privato, organizzati e disciplinati da norme di settore in modo alquanto differente tra loro".<sup>497</sup>

Ulteriore novità è rappresentata dal fatto che è prevista una nuova "Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza nel Ssn" che si occupa dell'aggiornamento e del monitoraggio dei Lea, i quali devono essere aggiornati ogni anno.<sup>498</sup> Tale Commissione è "presieduta dal Ministro della salute ed è composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Iss, uno dall'Agenas, uno dall'Aifa, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome"<sup>499</sup> ed è supportata da una segreteria tecnico-scientifica.

Per quanto riguarda il piano procedurale, la determinazione dei Lea avviene ispirandosi al principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo. La Corte costituzionale ha infatti affermato con sentenza n.169/2017 che è un ambito che non può evitare di coinvolgere le regioni e il loro rispettivo fabbisogno.<sup>500</sup> La procedura di individuazione dei Lea, nello specifico, si ritrova nell'art.54 della legge 289/2002, il quale mette in rilievo

---

<sup>494</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 201.

<sup>495</sup> È stato notato che nonostante l'importanza politico-istituzionale il d.p.c.m. rimane debole dal punto di vista dei tempi di applicazione e della copertura finanziaria, infatti, risulta "privo di una parte considerevole di documentazione tecnica, per la quale si rimanda ad ulteriori atti legislativi" i quali sarebbero stati definiti successivamente. Tale mancanza ha messo le Regioni nella posizione di chiedere un'applicazione graduale dei livelli essenziali di assistenza basandosi su quella che sarà di volta in volta la copertura finanziaria resa disponibile.

(Vicarelli G., *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, cit., p. 520)

<sup>496</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., 206.

<sup>497</sup> *Ibidem*, p. 207.

<sup>498</sup> Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in "AIC, Associazione Italiana dei Costituzionalisti", n.2, 2017, p. 8.

<sup>499</sup> Guerra G., *I nuovi livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in "Politiche Sanitarie", vol. 18, n.1, gennaio – marzo 2017, p. 41.

<sup>500</sup> Corte Cost., 12 luglio 2017, n.169.

e ribadisce l'esigenza di una concertazione in sede di Conferenza Stato-Regioni per fissare le regole di determinazione ed attuazione.<sup>501</sup> Qui è necessario sottolineare un aspetto interessante, perché la Corte è intervenuta a riguardo, nel giudizio di legittimità costituzionale della legge 7 agosto 2015, n. 124, precisando che non è sufficiente “sentire” le regioni ma è condizione indispensabile per il rispetto della leale collaborazione che queste siano “coinvolte”.<sup>502</sup>

Nel corso dell'elaborazione del d.p.c.m. il Ministero della salute ha quantificato i possibili divari territoriali che si sarebbero prodotti alla luce dei servizi erogati in tutte le regioni basandosi su diversi indicatori per le tre aree di assistenza: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.<sup>503</sup> Tale sperimentazione permette di individuare le regioni più “virtuose”, quindi quelle in grado di garantire i Lea per tutte e tre le aree di assistenza.<sup>504</sup> Si inserisce una figura rappresentativa con a sinistra le regioni che in percentuale riescono a garantire le aree di assistenza previste mentre a destra le regioni che in percentuale non garantiscono i Lea per singola area.

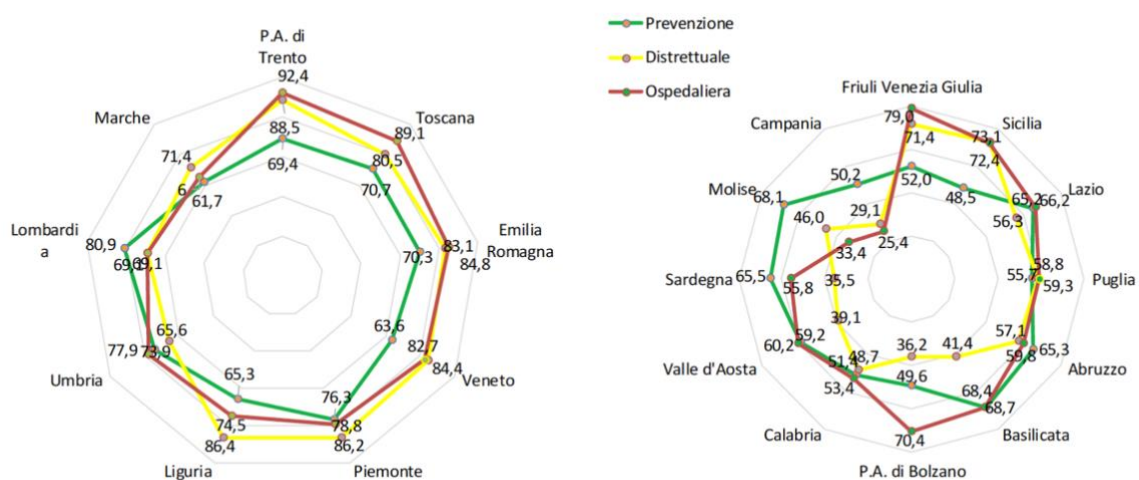


Figura 7

Regioni che garantiscono i LEA (a sinistra) e regioni che non garantiscono i LEA (a destra) per area CORE (%).

Fonte: Bergamante F., Canal T., Marucci M., *Sanità di base e di emergenza Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali*, INAPP working paper, n. 19, giugno 2020, p. 8.

<sup>501</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 203.

<sup>502</sup> Corte Cost., 9 novembre 2016, n. 251.

<sup>503</sup> Bergamante F., Canal T., Marucci M., *Sanità di base e di emergenza Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali*, INAPP working paper, n. 19, giugno 2020, pp. 7-9.

<sup>504</sup> *Ivi*.

Già a distanza di un anno dall'introduzione del d.p.c.m. è stato possibile trarre le prime conclusioni sulla governance regionale ed è stato notato come le differenze a livello regionale siano rimaste un tasto dolente sia per ciò che riguarda gli aspetti qualitativi che per le problematiche inerenti alle infrastrutture, come pure sono rimasti invariati “gli evidenti limiti che caratterizzano alcune realtà italiane in termini di capacità di programmazione, di gestione e di organizzazione”.<sup>505</sup> A seguire una rappresentazione della spesa sanitaria regionale complessiva (milioni di euro, asse sinistra), spesa pro-capite per regioni e media italiana (euro, asse destra), nell'anno 2017.

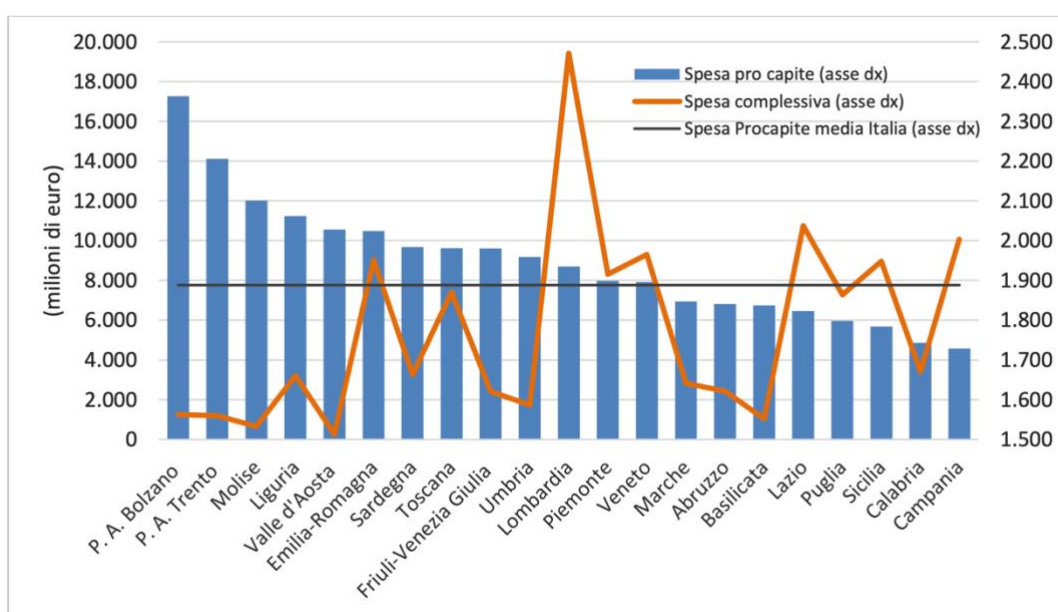


Figura 8

Spesa sanitaria regionale complessiva nel 2017.

Fonte: Bergamante F., Canal T., Marucci M., *Sanità di base e di emergenza Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali*, INAPP working paper, n. 19, giugno 2020, p. 8.

In conclusione, dalla figura emerge come a causa dei divari territoriali il d.p.c.m. del 2017 non abbia rappresentato tanto un punto di svolta quanto l'inizio di una possibile svolta, dal momento che il rischio di non garantire l'erogazione equa e uniforme dei livelli essenziali di assistenza è ancora presente. La sperimentazione del federalismo risulta essere, quindi, ancora in atto e si sta avviluppando in questi anni nell'ambiziosa proposta

<sup>505</sup> Bergamante F., Canal T., Marucci M., *Sanità di base e di emergenza Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali*, cit., p. 8.

di uno schema multilivello basato su un'universalità a livello nazionale e un'organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria declinata a livello regionale.

### **3.1.2. Gli interventi psicologici come “essenziali” nel d.p.c.m. del 12 gennaio 2017**

Il motivo per cui si è aperto questo capitolo con un riepilogo sui livelli essenziali di assistenza è il voler dare una cornice al ruolo che gli interventi psicologici hanno gradualmente assunto a livello nazionale. Lo spostamento delle attenzioni del Ssn dal concetto di diagnosi e cura al concetto di promozione della salute, con al centro la persona e i suoi bisogni, ha determinato la necessità di prendere in considerazione gli aspetti psicologici che potrebbero influenzare la promozione della salute e, più in generale, i percorsi di cura.

Abbiamo notato come i Lea siano nati e mutati in base alle esigenze percepite e adattandosi ai mutamenti del paese, sia dal punto di vista finanziario che dal punto di vista dei contenuti. È risultato quindi fondamentale nella stesura del d.p.c.m. del 2017 non tralasciare l'aspetto sanitario inerente al benessere psichico della comunità, cercando di dare quindi spazio non solo alla malattia e alle sue cure ma anche alla promozione del benessere inteso in un'ottica più generale. In questo senso, è stato notato come “la psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria”<sup>506</sup> attraverso la formulazione risposte cliniche e di trattamenti che tengono conto del contesto entro cui si muove l'individuo. Nel nuovo decreto del 2017 gli interventi psicologici risultano ripresi in diversi momenti soprattutto con riferimento alla definizione per i livelli territoriali, ad esempio per attività di sostegno, diagnosi, consulenza, riabilitazione e prevenzione. Nello specifico, nell'art. 24 del decreto che si occupa di “assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie” si prevede:

“nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi

---

<sup>506</sup> *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, documento di sintesi, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, giugno 2017, p. 2. <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA---CNOP-2017-.pdf>

e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività”<sup>507</sup>.

Va notato che questo articolo, insieme ad altri articoli e commi contenuti nello stesso decreto, risulta fondamentale nel momento in cui riconosce l’essenzialità, in diverse situazioni, degli interventi psicologici e psicoterapici e questo aspetto rappresenta una grande novità per tutti coloro che si occupano di psicologia. Infatti, da questo momento per la prima volta anche gli psicologi vengono inseriti nelle questioni inerenti al Sistema sanitario nazionale, e di conseguenza gli interventi che questa categoria offre diventano un diritto esigibile posto sullo stesso piano degli altri livelli essenziali di assistenza.<sup>508</sup>

Va considerato che la professione di psicologo è nata in Italia circa 30 anni fa, motivo per cui questo riconoscimento rappresenta un risultato importante a seguito degli sforzi che la professione sta ancora facendo per rientrare negli standard richiesti di appropriatezza e qualità. Si è arrivati a questo inserimento, infatti, grazie alle evidenze di efficacia e alle evidenze economiche che hanno esplicitato il valore delle attività psicoterapiche. Si è dimostrato come “la psicologia sia in grado di generare effetti sulla salute nel breve, medio e lungo periodo con costi che risultano vantaggiosi in termini di risparmi e minori oneri sanitari e sociali che producono. Si tratta quindi di interventi in grado di superare il criterio di sostenibilità e di generalizzabilità.”<sup>509</sup> Negli ultimi anni sono stati prodotti numerosissimi studi sull’effetto clinico e fisiologico degli interventi psicologici e psicoterapici che dimostrano “effetti equiparabili o superiori a quelli dei farmaci”.<sup>510</sup>

Accanto a questi studi, meramente di efficacia clinica, si sono effettuate numerose valutazioni di impatto economico e “nella quasi la totalità dei casi risulta vera l’affermazione che gli interventi psicologici non costano nulla al sistema, perché si ripagano da soli con le minori spese che innescano e spesso fanno anche risparmiare”.<sup>511</sup>

L’inserimento quindi dei Lea psicologici rappresenta uno strumento fondamentale nel Ssn utile a prevenire patologie a fronte di un investimento limitato che produce, tuttavia,

---

<sup>507</sup> Art. 24, Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

<sup>508</sup> <https://www.ordinepsicologiabruzzo.it/news/focus/i-nuovi-lea/>

<sup>509</sup> *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, documento di sintesi, Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, giugno 2017, p. 11. <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA---CNOP-2017-.pdf>

<sup>510</sup> *Ibidem.*, p. 24.

<sup>511</sup> *Ibidem.*, p. 25

effetti sistemici significativi sull'intera comunità. Le riflessioni che hanno portato ad una maggiore considerazione della professione, fino al suo inserimento nei Lea, si collocano in dibattiti non più recenti inerenti anche alla necessità di un modello organizzativo della professione della psicologia maggiormente uniforme a livello nazionale. I Lea hanno quindi aperto uno spazio alla professione e hanno messo in evidenza l'esigenza di una più adeguata integrazione tra le attività sanitarie e le attività professionali che attengono al mondo sanitario e di cui si riscontra una elevata valenza sociale.

Nonostante tali passaggi, continuava a mancare, dopo il d.p.c.m. del 2017, una cornice di riferimento per la professione e, più in generale, per l'ambito psicologico. Infatti, era possibile circoscrivere l'ambito psicologico solo in determinati ambiti come "prestazioni di assistenza psicologica all'interno di funzioni regolate da protocolli, accordi o documenti specificamente riferiti; in altre circostanze, invece, la variabilità determinata dall'adozione di specifici criteri e adeguate metodologie, amplia notevolmente il concetto di prestazione erogabile".<sup>512</sup> Si rendeva dunque necessario, dopo l'aggiornamento dei Lea, non solo definire uno standard di intervento psicologico ma anche riconoscere la professione di psicologo attraverso l'attribuzione di una piena dignità professionale.

### **3.2.2. La disciplina delle professioni sanitarie e le ragioni della lobby degli psicologi**

In un momento iniziale le discipline sanitarie risultavano suddivise in professioni sanitarie principali, professioni sanitarie ausiliarie e arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Le innovazioni normative degli anni '90 hanno riguardato in parte l'aspetto formativo delle figure professionali che si andavano via via designando e in parte le specifiche competenze professionali; infatti, "nei decreti ministeriali che dal 1994 in poi hanno individuato i profili professionali delle diverse professioni sanitarie si sono definite per ogni profilo la specificità del campo d'azione, le funzioni autonome e le responsabilità conseguenti".<sup>513</sup>

Con queste prime attenzioni normative si inizia ad abbandonare la concezione del ruolo residuale che fino a quel momento avevano ricoperto alcune professioni, le quali iniziarono ad acquisire una pari dignità professionale rispetto alle professioni già

---

<sup>512</sup> *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, documento di sintesi, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, giugno 2017, p. 23. <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA---CNOP-2017-.pdf>

<sup>513</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 328.

riconosciute nel settore della salute. Dei cambiamenti si notavano anche nelle definizioni usate nelle leggi, come la legge n. 42 del 1999 che abbandona la definizione di “professioni sanitarie ausiliarie” a favore di “professionisti sanitari”.<sup>514</sup> Questi passaggi risultano importanti in quanto riconoscono una piena dignità professionale alle nuove attività sanitarie, le quali avevano sofferto fino alla fine degli anni '90 il peso di una posizione di subalternità e dipendenza rispetto ai medici e chirurghi, quest'ultimi da sempre dotati di autonomia e visibilità propria. Va indicato che nel 2006, sull'onda di questo tentativo di riordino delle nuove professioni sanitarie, con la legge del 1° febbraio 2006, n.43 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali” (aggiornato l'ultima volta il 31 gennaio 2018), si è iniziato a ridefinire le professioni sanitarie non mediche ed il loro quadro normativo. Nello specifico, all'art.5 della citata legge, si consente

“l'individuazione di nuove professioni sanitarie, [...] il cui esercizio deve essere riconosciuto su tutto il territorio nazionale, avviene in sede di recepimento di direttive comunitarie ovvero per iniziativa dello Stato o delle regioni, in considerazione dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti nel Piano sanitario nazionale o nei Piani sanitari regionali, che non trovano rispondenza in professioni già riconosciute”.<sup>515</sup>

Tale articolo è stato poi sostituito dall'art. 5 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”, che rappresenta la fine (o quasi) di un percorso evolutivo che ha segnato dal punto di vista normativo le nuove professioni sanitarie e la loro affermazione. Tale legge del 2018, detta “Legge Lorenzin”, ha operato una profonda revisione della materia e sarà protagonista del presente elaborato con riferimento al riconoscimento della professione degli psicologi e delle azioni di lobbying che questi hanno intrapreso per risolvere il problema del loro status professionale. La legge n. 3 del 2018 si poggia, infatti, su un principio espresso dalla Corte costituzionale nella sentenza n.423/2006, secondo cui “nella materia delle

---

<sup>514</sup>Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 329.

<sup>515</sup> Art. 5, LEGGE 1° febbraio 2006, n. 43, Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali. (GU n.40 del 17-2-2006)

professioni, la potestà legislativa regionale deve rispettare il principio fondamentale secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili ed ordinamenti didattici, e l'istituzione di nuovi albi sono riservate allo Stato".<sup>516</sup>

Sulla base di tale sentenza, con la legge n. 3/2018 si amplia la tutela ordinaristica, includendo e procedendo al riconoscimento di nuove professioni sanitarie e trasformando i preesistenti Collegi delle professioni in Ordini professionali, istituiti a livello territoriale e sotto il controllo del Ministero della salute; prevedendo, inoltre, la possibilità di istituire nuovi Ordini per gli albi che raggiungono minimo cinquantamila iscritti.<sup>517</sup> Di fatto, questa legge risponde ad un'esigenza ben precisa perché a partire dalla fine degli anni '90 si sono costituite nuove categorie socioprofessionali i cui professionisti si sono affermati ed emersi in risposta alle esigenze della popolazione.<sup>518</sup> In questo capitolo, tra le professioni interessate dalla legge Lorenzin, si è scelto di privilegiare la categoria degli psicologi in quanto rappresenta per certi aspetti una vera prospettiva di innovazione delle professioni sanitarie che si aprono al riconoscimento di ciò a cui la comunità sociale riconosce importanza. La professione di psicologo in circa trent'anni di attività ha portato avanti un processo di costruzione del gruppo professionale caratterizzato da:

“accalorate riflessioni sull'albo e l'ordine professionale, da discussioni sulle modalità di avvio ed espansione e di trasformazione dei corsi di laurea in psicologia e facilitato, dalla metà degli anni Ottanta sino agli anni Novanta, dalla presenza di fattori normativi e istituzionali che hanno accelerato ingressi lavorativi di tanti psicologi in seguito all'espansione e alla riorganizzazione dei servizi sociosanitari e assistenziali”.<sup>519</sup>

Il problema dello status professionale è emerso più prepotentemente a seguito dell'aggiornamento dei Lea nel 2017, dove come abbiamo visto si è ribadita l'importanza delle cure psicologiche in un senso di integrazione con tutto il Ssn. Alla luce di una presenza della professione sulla scena sociale, di diverse norme che richiamano alle attività svolte dagli psicologici, in presenza anche di associazioni di interesse sindacali o culturali, non si poteva più ignorare la necessità di un riordino e dell'inserimento tra le professioni sanitarie. È stato sottolineato come “affinché viva una professione, oltre al

---

<sup>516</sup> Corte Cost., 13 dicembre 2006, n. 423.

<sup>517</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., pp. 332- 334.

<sup>518</sup> Sarchitelli G., *Le professioni di psicologo*, in “Giornale italiano di psicologia”, fascicolo 4, 2003, p. 671.

<sup>519</sup> *Ibidem*, p. 672.

possesso da parte dei membri delle qualità tecniche per rendere un servizio, sembra necessaria anche l'attivazione sia di processi di natura psicosociale sia, in senso lato, politica".<sup>520</sup> Le professioni nel complesso spesso risultano essere lo specchio di una disorganica normazione del settore a cui si sommano singole istanze di riconoscimento in funzione anticoncorrenziale.<sup>521</sup>

Il gruppo degli psicologi viene riconosciuto sia dal confronto con altri gruppi sociali sia nei rapporti con lo Stato e nelle norme di autorizzazione e regolamentazione che riguardano la loro attività; quindi, la professione esisteva e viveva l'ambiente sanitario nazionale senza però che venisse riconosciuta la sua autonomia all'interno di esso. Sono proprio questi rapporti instaurati negli anni con lo Stato che hanno permesso una sorta di istituzionalizzazione del gruppo professionale, purtuttavia evitando di assegnarne una forma di sovranità, arrivata solo con la legge n.3/2018. Va inoltre notato che, il riconoscimento statutale, nella sociologia delle professioni, "consente l'ascesa di una occupazione allo status di professione"<sup>522</sup>, concorrendo quindi attraverso un processo di professionalizzazione al consolidamento di un mercato professionale e all'innalzamento dello status dei membri stessi. Prima di quel momento il gruppo degli psicologi aveva fatto diversi sforzi per definire i confini professionali con codici di comportamento, e dichiarazioni corporative di vario tipo che avevano avuto un effetto piuttosto blando in termini di "chiusura sociale" della professione.<sup>523</sup> Questo processo di professionalizzazione è stato rallentato anche da spinte centrifughe volte ad una differenziazione della comunità sul piano tecnico-professionale, andando a produrre un'idea della professione "a mosaico" i cui dinamismi interni rendevano difficile una sistematizzazione unitaria del mestiere.

Si può individuare un primo elemento di differenziazione nella categoria che dipende da quella che è la "natura dell'esercizio della professione stessa svolta come libera-professione, in posizioni di dipendente pubblico, dipendente privato, posizioni miste"<sup>524</sup> o, in secondo luogo, per quanto riguarda "la diversificazione sul piano del ruolo sociale, degli approcci teorico-metodologici, dei modelli di azione professionale, del reddito,

---

<sup>520</sup> *Ibidem*, p. 673.

<sup>521</sup> Orciani B., M., *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare" 2/2020, pp. 299-318, p. 300.

<sup>522</sup> Orciani B., M., *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare" 2/2020, p. 303.

<sup>523</sup> Sarchitelli G., *Le professioni di psicologo*, cit., p. 675.

<sup>524</sup> *Ibidem*, p. 678.

delle tipologie di utenti di riferimento, dell'immagine pubblica e forse della stessa identità professionale".<sup>525</sup> Senza considerare che tale mestiere si può declinare ulteriormente in ricerca o applicazione della professione. Tutti questi criteri modificano l'azione dello psicologo e le sue connotazioni valoriali o di responsabilità rendendo complicato l'inquadramento esaustivo degli ambiti di attività della professione.

Tuttavia, negli anni antecedenti al decreto, che potremmo chiamare anni di "neoprofessionalismo" per l'accelerazione dell'affermazione e del riassetarsi di nuove professioni, si metteva già in rilievo come fosse il cittadino a presentare una domanda sulla base di un'esigenza che orienta una risposta anche in senso di costruzione professionale. Appare intuitivo notare come la capacità di intercettare le necessità sociali sia stata, prima del 2018, non sufficiente a fornire delle risposte e a configurare l'offerta di un nuovo servizio. La presenza del ruolo di psicologo riconosciuta anche con i Lea del 2017 ha reiterato la condizione di incompletezza nella selezione delle prestazioni possibili e operabili da parte della categoria, lasciando aperte questioni che hanno fatto da impulso alle azioni del gruppo degli psicologi che si costituirà come gruppo di pressione in concomitanza con l'elaborazione della legge n.3/2018.

### **3.3. L'attività di lobbying del CNOP: strategie, interessi attigui e contrapposti**

Le questioni presentate con riferimento all'aggiornamento dei Lea e alla disciplina delle professioni sanitarie risultano utili ad introdurre nel presente paragrafo l'azione specifica di un gruppo di pressione corporativo, in tutela cioè di uno specifico interesse professionale<sup>526</sup>: la categoria degli psicologi. Come si è visto nel primo capitolo di questo elaborato, spesso le associazioni di categoria possono avere un dialogo avvantaggiato con il decisore nelle dinamiche di concertazione. Tuttavia, in questo caso specifico bisogna precisare che non si tratta di una concertazione bensì di una vera e propria attività di lobbying messa in atto da un gruppo di pressione che ha scelto di intervenire per ottenere un vantaggio e colmare una lacuna legislativa con riferimento alla configurazione della professione degli psicologi: il CNOP, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, è il protagonista dell'azione in questione.

---

<sup>525</sup> *Ivi.*

<sup>526</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 34.

L'azione del Cnop parte dall'esigenza di uscire da un limbo in cui la professione di psicologo era incastrata sin dalla fine degli anni '80; infatti, l'ultima norma che regola la professione si identifica nella legge n. 56 del 1989 "Ordinamento della professione di psicologo" poi integrata con il D.P.R. il 5 giugno 2001, n. 328 e il D.P.R. 25 ottobre 2005, n. 221 ma solo con riferimento "alla disciplina dell'ordinamento, dei connessi albi, ordini o collegi, nonché alla disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove, della professione di cui al presente provvedimento".<sup>527</sup> La legge dell'89 fornisce all'art.1 una definizione della professione di psicologo come colui che esercita quell'attività volta alla "prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito".<sup>528</sup> Risulta naturale riflettere sul carattere obsoleto di una legge che definisce un'attività ai suoi esordi limitandosi ad elencare nei successivi articoli i requisiti per l'iscrizione all'albo, le modalità di cancellazione dall'albo o il funzionamento ed il ruolo del consiglio regionale, senza tenere conto che già con la legge 833/78, istitutiva del Ssn, si introdusse il concetto di salute "fisica e psichica" che ha permesso l'ingresso degli psicologi nel Ssn. Non stupisce quindi la voglia di un'istanza di aggiornamento che si presenta in seguito all'inserimento delle prestazioni psicoterapiche nei Lea.

Fino al 2017 l'ordine degli psicologi ha atteso un riconoscimento del ruolo sanitario della professione mettendo in rilievo che accanto alle realtà professionali meticolosamente consolidate, le quali hanno ottenuto da tempo identità rappresentative nei processi e nelle dinamiche politiche e sociali, rimangono nell'ombra delle realtà professionali che "affidano al riconoscimento statale la dimensione costitutiva, finendo, per identificare in quel riconoscimento l'esistenza stessa della professione oltreché la possibilità di una sua protezione dalle logiche del mercato".<sup>529</sup> In questo senso il Cnop nel corso del suo "progetto professionale" ha affidato un ruolo al riconoscimento sanitario in un momento denso di istanze provenienti anche da altre professioni, tra cui quella degli osteopati, sfruttando il riconoscimento sociale che è derivato dall'evoluzione del contesto su cui

---

<sup>527</sup> [https://www.psy.it/allegati/legge\\_56\\_1989\\_02\\_18.pdf](https://www.psy.it/allegati/legge_56_1989_02_18.pdf)

<sup>528</sup> Legge 18 febbraio 1989, n. 56, Ordinamento della professione di psicologo.

GU Serie Generale n.46 del 24-02-1989, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1989/02/24/089G0090/sg>

<sup>529</sup> Orciani B., M., *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali", cit., p. 303.

hanno inciso le nuove attività professionali. Infatti, come emerge dalla relazione illustrativa della legge Lorenzin, lo scopo dell'azione legislativa era risolvere “il problema del superamento del sistema che non risulta essere più aderente alle esigenze odierne”.<sup>530</sup>

La legge n.3/2018 ha rappresentato per il Cnop, dopo tanti anni di attesa, l'occasione per tutelare i cittadini nell'offerta delle prestazioni psicologiche e il momento per eliminare la marginalità che ha caratterizzato gli psicologi nell'alveo delle professioni sanitarie. Il Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi ha dichiarato di aver condotto un'azione di lobbying affinché anche gli psicologi trovassero spazio in questa legge, approfittando di una occasione di regolamentazione che mirava a risolvere tutt'una serie di questioni che venivano rimandate da anni.<sup>531</sup> La difficoltà delle azioni risiedevano in questo particolare, cioè in una serie di ordini professionali diversi e interessati ad ottenere un maggiore riconoscimento che si potevano difficilmente conciliare e coalizzare tra loro, dal momento che la maggior parte delle professioni che avevano un interesse a trarre vantaggio da questa legge si riflettevano tra loro rendendo particolarmente difficile determinare nette barriere professionali (si pensi alla professione di ostetrica e di infermiera), oppure si ponevano agli opposti rendendo impossibile una comunanza di interessi (tecnico di laboratorio e tecnico di radiologia).

Ciò ha rappresentato un problema che tuttavia è stato utilizzato dal Cnop come punto di forza essendo l'unica professione psicologica e non avendo, quindi, delle vere e proprie contrapposizioni di interessi. In un momento iniziale si è reso indispensabile pensare ad una coalizzazione con l'ordine dei medici, in quanto questa costituiva l'unica categoria che stava manifestando delle resistenze. L'opposizione dei medici è stata affrontata dal Presidente del Cnop con la consapevolezza che “era necessario smussare dei pregiudizi sulla professione dello psicologo ed era necessario instaurare un senso di reciproco rispetto”.<sup>532</sup> Gravavano, inoltre, sui pregiudizi dei medici delle questioni generiche che non avevano collegamento con il caso specifico, ad esempio si discuteva della possibilità di affiancare lo psicologo al medico di base e questa ipotesi suscitava non poche preoccupazioni nei medici, perché temevano che il subentro dello psicologo potesse

---

<sup>530</sup> *Ibidem*, p. 306.

<sup>531</sup> Tratto da un'intervista fatta a Fulvio Giardina, Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi dal 2014 al 2020, Roma, 7 febbraio.

<sup>532</sup> Tratto da un'intervista fatta a Fulvio Giardina, Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi dal 2014 al 2020, Roma, 7 febbraio.

gravare sul budget loro destinato. Trattandosi di situazioni esterne alla questione del riconoscimento professionale, alla fine il Cnop riuscì ad avere il supporto dei medici, supporto che venne manifestato anche nel corso delle audizioni alla Commissione Affari Sociali (Commissione XII) della Camera dei deputati il 10 ottobre 2016 e a cui parteciparono in rappresentanza dei medici la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FnomCeo) e l'Associazione dei medici dirigenti (Anaa-Assomed). Va riferito l'intervento di Alberto Spanò, membro dell'Associazione dei Medici Dirigenti a supporto del Cnop, il quale ha sottolineato che il testo della proposta di legge, nella parte riguardante il riordino e l'allargamento delle altre professioni (biologi, psicologi, farmacisti), non doveva assolutamente essere modificato poiché legittimo, lungamente meditato e supportato da analisi di contesto.<sup>533</sup> Come sostenuto da Petrillo, tra le tecniche di lobbying è fondamentale l'individuazione degli interessi o attigui (per instaurare una coalition building) o contrapposti (per riuscire a reagire efficacemente a possibili contrasti e pensare alla proposta di soluzioni di compromesso). Infatti:

“si rende necessaria un'attività di ricognizione del network in cui il gruppo di interesse opera e della sua percezione interna ed esterna, in particolare nei rapporti di forza all'interno delle associazioni di categoria e nelle relazioni con gli altri competitors del mercato”.<sup>534</sup>

In questo caso, ciò che il Cnop ha tentato di fare è stato mitigare la possibilità di conflitto favorendo un rapporto di comunicazione nonostante le divergenze professionali. L'altra problematica che si riscontrava all'opposizione era la credenza diffusa in alcuni gruppi di interesse categoriali che la volontà di un riordino degli psicologi non fosse da attribuire all'interesse collettivo che l'istituzione di un ordine professionale deve prima di tutto garantire, quanto ad un interesse corporativo dettato dal numero preoccupante degli

---

<sup>533</sup> Audizioni in Commissione Affari sociali, rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FnomCeo), dell'Associazione dei medici dirigenti (Anaa-Assomed), nell'ambito dell'esame del disegno di legge recante “Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”, 10 ottobre 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=XJ4ug-msn8I>

<sup>534</sup> Petrillo, *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 243-244.

psicologi disoccupati, dunque a mero vantaggio e tutela degli iscritti all'albo. Diverse opposizioni presentavano dati numerici volti ad illustrare lo squilibrio presente in questa professione "fra numero dei laureati stessi e opportunità professionali offerte dal sistema pubblico e da quello privato"<sup>535</sup> ed era proprio questo numero di psicologi italiani, "il più alto in Europa", a corroborare le posizioni anticorporativiste. Tra coloro che si contrapponevano vi era ad esempio la posizione del Presidente del Coordinamento Libere Associazioni Professionali (COLAP) che sottolineava come l'interesse del legislatore dovesse garantire che gli ordini si rendessero necessari per la tutela dell'utenza, non degli iscritti. Aggiungendo che se non vi è un interesse generale da tutelare allora lo stato deve garantire e incentivare la libera concorrenza. Quindi, istituire nuovi ordini professionali, trasformare albi e collegi, avrebbe violato tale lavoro di tutela dell'interesse collettivo. Altro punto del fronte di opposizione rimandava alla legge 4/2013, la quale si occupa della regolamentazione delle professioni non riconosciute appunto con esclusione delle professioni sanitarie e prevede che le associazioni non sanitarie abbiano già definito il codice deontologico o il percorso di studi necessario ad iscriversi.<sup>536</sup> Di conseguenza, si sottolineava come riformare le professioni sanitarie per consentire tracciabilità e uniformità in questo senso, non avrebbe aggiunto né tolto alcunché alla legge già in vigore dal 2013.<sup>537</sup>

La battaglia del Cnop si basava sulla convinzione che "gli psicologi non potevano essere esclusi, perché o tutti dentro o tutti fuori"<sup>538</sup>, anche perché nel momento in cui la Senatrice De Biasi, che ha portato avanti per tutto l'iter le rivendicazioni delle categorie professionali marginalizzate, ha ottenuto l'accettazione dell'esistenza degli osteopati, gli psicologi costituivano il problema minore. Insieme alla Senatrice De Biasi, la Ministra Lorenzin si è fatta portavoce della legge intervenendo in diverse occasioni e ribadendo la necessità del riordino e dell'inclusione tanto degli psicologi quanto delle altre classi professionali che offrono un servizio indispensabile nel panorama delle prestazioni

---

<sup>535</sup> Ricci Bitti P. E., *La liquidità della professione di psicologo*, in "Giornale italiano di psicologia", vol.3, settembre 2017, p. 658.

<sup>536</sup> Si rimanda alla legge 14 gennaio 2013, n. 4. Disposizioni in materia di professioni non organizzate. (GU Serie Generale n.22 del 26-01-2013) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/01/26/13G00021/sg>

<sup>537</sup> Audizioni in Commissione Affari sociali, rappresentanti del Coordinamento Libere Associazioni Professionali (COLAP), nell'ambito dell'esame del disegno di legge recante "Deleghe al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, nonché disposizioni per l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute", 10 ottobre 2016. <https://www.youtube.com/watch?v=XJ4ug-msn8I>

<sup>538</sup> Tratto da un'intervista fatta a Fulvio Giardina, Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi dal 2014 al 2020, Roma, 7 febbraio.

sanitarie. La scelta strategica del Cnop, in questa circostanza, è stata quella di identificare correttamente il decisore pubblico prendendo contatti con la Ministra della Salute (On. Lorenzin) la quale negli anni precedenti si era sempre mostrata attenta alle istanze degli psicologi.

Tramite un lobbista dell'ambito sanitario (la cui identità è rimasta riservata), il Presidente del Cnop ha preso in un primo momento contatti con il capo di gabinetto del ministero della Salute, incontrandolo diverse volte per presentare i suoi interessi a nome di tutto l'ordine; per poi riuscire a confrontarsi direttamente con la Ministra Lorenzin che ha reputato di inserire la professione alla luce delle osservazioni presentate. Il Cnop non ha dovuto presentare particolari evidenze scientifiche sia perché gli psicologi esistono e lavorano dagli anni '70 all'interno del Ssn sia perché nell'occasione dell'aggiornamento dei Lea erano state presentate numerose evidenze non solo di efficacia ma anche riguardanti il risparmio sulle spese sanitarie nel complesso possibile grazie al lavoro di questi professionisti. Tutte le professioni interessate al riordino sono state audite dalla Commissione Affari Sociali e, proprio in quella occasione, Fulvio Giardina (presidente del Cnop) ha avuto occasione di ribadire le sue istanze ricordando che gli psicologi sono nati come professione regolamentata vigilata dal Ministero della giustizia ma le norme che si sono succedute non hanno armonizzato la parte gestionale; mettendoli, infatti, nella condizione di essere amministrati dal Ministero della salute per quello che riguarda il Consiglio Nazionale e per gli aspetti professionali mentre gli ordini territoriali regionali sono rimasti vigilati dal Ministero della giustizia. Tale doppia gestione ha reso paradossali certe situazioni, come la dimensione elettorale.

Le criticità che hanno riscontrato in passato e a cui la norma ha previsto delle soluzioni includono l'unificazione della vigilanza con il Ministero della salute. Inoltre, è stato ribadito che la psicologia è una professione sanitaria perché ha sempre come obiettivo il benessere dell'individuo, la qualità della vita e il miglioramento delle condizioni relazionali a prescindere dall'ambito applicativo della professione o dalla tipologia prestazionale. L'altro elemento che la norma si proponeva di risolvere in positivo per il Cnop era la tempistica elettorale della presidenza degli ordini, in quanto non sempre le elezioni nei collegi regionali avvenivano nello stesso periodo, determinando che il CNOP, costituito dai presidenti degli ordini regionali, elaborasse un voto amministrativo in circa sei mesi di iter. Emerge dagli aspetti descritti come, in conclusione, i vantaggi che il Cnop

aveva previsto di ottenere tramite la legge non erano esigui bensì sostanziali per l'intera categoria sotto diversi versanti.

### **3.4. I ruoli nelle fasi decisionali e i risultati**

Nonostante l'ostilità di alcune professioni al riconoscimento, derivante o da logiche di timori concorrenziali o per il timore di riscontrare tra i risultati il privilegiarsi del gruppo corporativo piuttosto che fornire uno strumento di protezione all'utente, tale vocazione all'autoconservazione delle categorie già riconosciute o delle categorie a favore della liberalizzazione dei gruppi professionali risulta spinta ai margini delle valutazioni da parte dei decisori, i quali hanno maggiormente considerato la pressione derivante dalle necessità di aggiornare un quadro regolatorio che risaliva a una disciplina vecchia di settant'anni. L'entrata in vigore della Legge Lorenzin n.3/2018, con la previsione all'art. 9 dell'ordinamento delle professioni di biologo e psicologo, in cui si cita al comma 4 che: "la professione di psicologo di cui alla presente legge è ricompresa tra le professioni sanitarie di cui al decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561"<sup>539</sup>, ha rappresentato per alcuni settori della sanità una sorta di rivoluzione, esprimendo un riconoscimento nei confronti delle federazioni dei colleghi che hanno guidato il percorso di professionisti della sanità che negli anni si sono visti attribuire sempre maggiori competenze in assenza di una assunzione di interesse da parte dello Stato per le materie che riguardano l'assistenza degli italiani.

Oltre l'ordine degli psicologi, un esercito di professionisti attivi nelle materie della salute ha festeggiato la fine di una marginalità pluridecennale: si ricordano, ad esempio, la federazione provinciale degli infermieri o la federazione nazionale delle ostetriche. La durata dell'attesa e le dimensioni del fenomeno che hanno coinvolto numerosi interessi rappresentano le criticità evidenziate in cui si inquadra l'intera questione del fenomeno ordinistico e su cui nel presente paragrafo ci siamo limitati ad analizzare solo una parte di esso. Parte che, come è emerso dalle informazioni raccolte, era la meno sofferente nel corso della battaglia e che in qualche modo ha rappresentato l'ago della bilancia tra le professioni essendo presente e integrata nel mercato sanitario professionale ormai da

---

<sup>539</sup> Art. 9 legge 11 gennaio 2018, n.3, Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonchè disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. (GU Serie Generale n.25 del 31-01-2018) <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/31/18G00019/sg>

diversi anni. A seguire si inserisce una mappa rappresentativa delle comunità entro cui le pratiche della professione di psicologo si declinano, utile a chiarire la questione a cui si era accennato della tipizzazione e della diversificazione all'interno della professione che si esplica in una varietà di circostanze che vanno dai servizi sociosanitari alla professione privata, dai servizi educativi alle consulenze per aziende private.

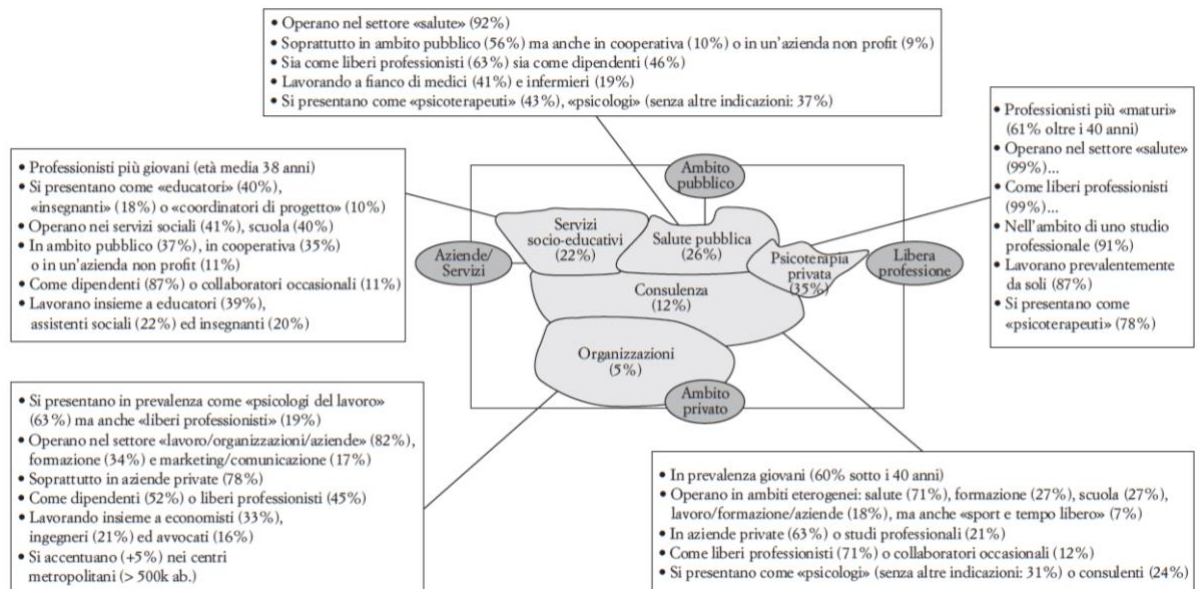


Figura 9

Le diversificazioni della professione di psicologo.

Fonte: Bosio C. A., Lozza E., *La costruzione sociale delle professioni psicologiche in Italia: percorsi e agenda building*, in "Giornale italiano di psicologia", vol.2, giugno 2021, p. 366.

Emerge, quindi, la difficoltà che ha caratterizzato il percorso di lobbying nel tentativo di fare una *reductio ad unum* di una professione che si configura per sua natura identitaria dettata da una pluralità di contesti che comunicano all'interno di un "universo professionale al plurale" con l'ancoraggio comune nella tutela della salute.<sup>540</sup> Per questo motivo, alcuni tra gli stessi psicologi hanno sottolineato come non sia detto "che la definizione di psicologia come professione sanitaria sia in grado di rappresentare adeguatamente l'insieme delle modalità di esercizio degli strumenti conoscitivi e di intervento che la contraddistinguono".<sup>541</sup> Secondo le posizioni di questa schiera di professionisti, infatti, il rischio è che il risultato della Legge Lorenzin porti ad una visione

<sup>540</sup> Bosio C. A., Lozza E., *La costruzione sociale delle professioni psicologiche in Italia: percorsi e agenda building*, in "Giornale italiano di psicologia", vol.2, giugno 2021, p. 368.

<sup>541</sup> Greco A., Braibanti P., Mucci C., *La professionalizzazione della psicologia tra affermazione dell'autonomia e rischi di omologazione*, in "Giornale italiano di psicologia", vol.2, giugno 2021, p. 465.

della psicologia solo come professione per il Ssn. Il che sarebbe limitante, giacché non si possono ignorare le numerose domande provenienti dall'area non sanitaria, le quali dimostrano la necessità di non confinare la psicologia rigidamente all'ambito della salute mentale. Ciò in quanto "la psicologia come professione nei contesti sanitari, diversamente dalla psicologia come professione esclusivamente sanitaria, attinge all'intero corpo delle conoscenze e delle tecniche della psicologia, senza che queste si riferiscano necessariamente e direttamente alla salute".<sup>542</sup> È indubbio il valore che questa legge apporta alla categoria in termini di connessione anche con altre professioni della salute, ma non ne può divenire oggetto esclusivo mettendo in rilievo la necessità che la professione psicologica

"si consideri e si costituisca solo in relazione con le altre professioni e come campo di relazioni in cui gli oggetti sono percepibili in quanto prodotti delle relazioni stesse. Senza la relazione, gli oggetti e le stesse professioni sarebbero indeterminabili e, in un certo senso, inesistenti."<sup>543</sup>

In questo senso la Legge Lorenzin pare non risolvere del tutto il problema di cui costituisce una criticità anche la scelta di "ammodernare piuttosto che riformare"<sup>544</sup> evidente anche dal fatto che si è operata una revisione della disciplina andando a modificare il D.P.R. n.233 del 13 settembre 1946, aggiungendo nuove disposizioni. Per questo, per alcuni la scelta di non ricorrere ad una nuova legge dopo così tanti anni di indugi fa riflettere sull'entità poco rivoluzionaria della riforma ordinaristica delle professioni.<sup>545</sup> Senz'altro rappresenta comunque un beneficio a tutela della collettività nella salvaguardia della prestazione offerta in un'ottica di diritto costituzionale alla salute. Tra i vantaggi che ne conseguono, i membri del Cnop risultano ora essere enti sussidiari rispetto alla posizione strumentale che hanno ricoperto prima di questo momento, aprendo una nuova dialettica nel confronto non solo tra istituzioni e professioni ma anche tra professioni dell'ambito sociosanitario che si arricchiscono e si aprono a nuovi attori. Come anche dichiarato dal Presidente del Cnop, nonostante tale legge rappresenti una

---

<sup>542</sup> Greco A., Braibanti P., Mucci C., *La professionalizzazione della psicologia tra affermazione dell'autonomia e rischi di omologazione*, cit., p. 468.

<sup>543</sup> *Ibidem*, p. 468.

<sup>544</sup> Orciani B., M., *La riforma ordinaristica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali", cit., p. 307.

<sup>545</sup> *Ibidem*, p. 307.

pluralità di risoluzioni per una pluralità di questioni, il risultato ottenuto dall'interazione con i decisori pubblici ha portato senz'altro risultati positivi per gli psicologi.

In conclusione, dall'analisi condotta è emersa la capacità penetrante delle associazioni di categoria nella posizione di gruppo di pressione con la collaborazione della Ministra Lorenzin che ha perorato la causa insieme alla categoria degli psicologi creando uno staff funzionale a portare a termine la riforma entro la fine della legislatura. Il Cnop, come gruppo di interesse propulsore, è stato presente dall'inizio sin da prima della fase di *agenda setting*, mettendo in rilievo il valore della professione tramite l'organizzazione di convegni e la produzione di *position paper*, per poi passare ad un'azione concreta e strategica consistente nella presa di contatto con il decisore pubblico. La strategia, guidata in tutte le fasi dal Presidente del Consiglio dell'Ordine degli Psicologi, si è rivelata efficace nel suo strutturarsi in maniera programmatica, e ha raggiunto l'obiettivo di legittimare la categoria rappresentata dopo anni di insufficiente integrazione nel sistema del Ssn. È stato dichiarato come l'operazione abbia avuto successo anche per merito della capacità della Dirigenza delle professioni sanitarie di governare tutti i passaggi decisionali: ciò ha favorito la solidarietà tra le posizioni e un clima di generale collaborazione in cui è stato possibile ridurre al minimo il rischio che si creassero opposizioni tra interessi attigui che avrebbero sfavorito il concretizzarsi del provvedimento "dall'interno".<sup>546</sup>

---

<sup>546</sup> Tratto da un'intervista fatta a Fulvio Giardina, Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi dal 2014 al 2020, Roma, 7 febbraio.

## CONCLUSIONI

La finalità di questo lavoro, come dichiarato in sede introduttiva, consisteva nell'offrire un contributo alla rappresentazione del lobbying come elemento necessario ad un corretto svolgersi dei processi democratici, sottolineando le peculiarità con cui i meccanismi di pressione istituzionale si declinano in azioni nel caso del settore sanitario. Particolare enfasi, nel corso della presente ricerca, è stata portata sulla complessità del tema, trattandosi di un ambito che esprime il diritto costituzionale primario e assoluto della salute che si esplica attraverso la sanità intesa come organizzazione. Gli interessi in gioco, come mostrato, sono molteplici e vanno analizzati senza pregiudizi nei confronti delle istanze di cui i gruppi di interesse si fanno portatori. Nel presente elaborato non è stato possibile tracciare un'indagine completa dei gruppi di pressione nella sfera sanitaria e d'altra parte ciò sarebbe inutile ai fini della trattazione, in quanto è stato sottolineato come i portatori di interesse possano diventare gruppi di pressione nel momento in cui si attivano per ottenere dei risultati specifici. Per questa ragione si è privilegiata un'analisi delle categorie riconducibili ai sindacati e alle associazioni di categoria, alle aziende farmaceutiche e alle aziende ospedaliere private, così come ai consumatori e alle associazioni dei pazienti.

Nel primo capitolo abbiamo notato come il motivo dell'azione di pressione sia spesso imputabile alla difesa della sfera valoriale, di un interesse collettivo o di un interesse economico e come il pluralismo sociale si serva del lobbying in un'ottica di negoziazione con le istituzioni pubbliche per presentare delle istanze. I meccanismi che i diversi soggetti analizzati scelgono di mettere in atto si concretizzano in strategie che trovano una legittimazione profonda o la loro ragione di fondo nella volontà di fornire al Ssn degli elementi volti a garantire una serie di requisiti considerati necessari da parte della comunità. In questo senso, abbiamo notato come le attività dei portatori di interesse si possono concretizzare in azioni di pressione dirette o indirette a seconda dell'entità dell'obiettivo strategico da raggiungere; ad esempio, si è rilevato il ruolo chiave dell'*advocacy* e del *grassroots* lobbying messo in atto prevalentemente dalle associazioni dei pazienti o dalle aziende farmaceutiche, in quanto risultano tecniche determinanti al fine di costruire un consenso nell'opinione pubblica attraverso azioni collettive, sfruttando la capacità delle due strategie di far percepire un'esigenza specifica come questione di massimo interesse generale. Fondamentali si sono rivelate anche le azioni messe in atto dalle associazioni dei consumatori e dei pazienti, su richiesta di altri gruppi

di interesse come le aziende farmaceutiche o le società di lobbying affinché esse, attraverso l'espressione delle necessità dei pazienti, ne esplicitino gli interessi.

Ulteriore particolarità emersa nel primo capitolo riguarda la specifica *governance* multilivello del settore sanitario; infatti, dalla riforma del Titolo V della Costituzione le regioni hanno iniziato a giocare un ruolo fondamentale e, ad oggi, rappresentano interlocutori frequenti dei gruppi di pressione, prevalentemente con riferimento ai fornitori privati o alle aziende farmaceutiche per le attività di *market access*. Al punto che, in questi anni, le industrie farmaceutiche hanno risposto alla necessità organizzativa nelle diramazioni regionali tanto da essere a volte più numerose le strutture di *policy* regionali di quelle a livello centrale e addirittura di quelle a livello europeo. Si è notato, quindi, come un'ulteriore particolarità consista nell'assoluta necessità di avere una conoscenza approfondita dei processi e delle dinamiche sanitarie che tendenzialmente sfavoriscono il ricorso a lobbisti conto terzi, prediligendo l'internalizzazione dell'attività con personale che si occupa specificatamente dell'interesse del gruppo. Infine, sulla base delle informazioni che è stato possibile raccogliere, parrebbe che il supporto fornito dalle agenzie di lobbying sia stato prevalentemente tecnico e finalizzato ad avvalersi di *expertise* per valutare la tempistica più appropriata per andare ad incidere sulla curva legislativa.

Nei due capitoli successivi, relativi ai due casi pratici, si è poi cercato di ricostruire il contesto del lobbying sanitario avendo come punto di partenza due circostanze in cui si sono concretamente declinate le strategie di azione dei portatori di interesse. Tale contesto casistico ha messo in rilievo il modo con cui sono intervenuti dei cambiamenti istituzionali per mezzo di un'influenza esercitata nel corso del processo decisionale e, infine, come in ogni caso i lobbisti hanno partecipato al "gioco delle influenze" per orientare le scelte del decisore e raggiungere specifici obiettivi.

Nello specifico, all'interno del secondo capitolo, relativo al caso della legge 119/2017, la cosiddetta "Legge Vaccini", si sono potuti riconoscere tre distinti livelli di lobbying: un primo livello "verticale" messo in atto dalle regioni fortemente interessate all'ottenimento di un'estensione vaccinale uniforme a livello nazionale (fatta eccezione per la Regione Veneto), il secondo livello di lobbying "orizzontale" attuato dall'allora Ministra della Salute Lorenzin, in tutela di un interesse generale in prerogativa del suo ministero; infine, un terzo livello di lobbying "indiretto" attraverso strategie di *grassroots* attuato dal gruppo degli esitanti vaccinali che sono stati in grado di influire sulle posizioni di alcuni

decisori che hanno manifestato la loro contrarietà alla legge nel corso della discussione e approvazione.

Per quanto concerne le azioni di lobbying istituzionale abbiamo notato il ruolo fondamentale svolto dalle società scientifiche che, come abbiamo visto, si pongono a metà strada tra lobbying diretto e indiretto, costituendo una leva strategica autorevole che penetra efficacemente sulla concezione che il decisore ha della specifica tematica e che sono state efficacemente utilizzate nel caso della legge vaccini del 2017, come strumento per screditare le posizioni degli esitanti vaccinali. In questo senso la leva scientifica ha rappresentato per gli esitanti vaccinali il sapere istituzionale compromesso da interessi diversi da quello della tutela della salute. Le strategie degli esitanti vaccinali hanno funzionato nel momento in cui sono riuscite ad innescare una crisi comunicativa: si riscontra come tali crisi facciano spesso parte delle battaglie tra lobby, dal momento che si tende a costruire sistemi di presentazione delle istanze parziali e tendenti a catturare le dinamiche che controllano la percezione delle informazioni nella comunità.

Un risultato interessante ottenuto con riferimento ai portatori di interesse presenti in questo caso riguarda le aziende farmaceutiche; le quali, contrariamente a quanto a quanto ci si aspetterebbe basandosi sulla percezione comune del fenomeno lobbistico, notoriamente additate negativamente dalla narrativa dominante di anteporre i loro interessi economici all'effettivo ritorno in termini di salute per i loro clienti, proprio nel caso della legge 119/2017 sulle politiche vaccinali non hanno giocato nessun ruolo, non intervenendo in nessuna delle fasi del processo di *policy*. Questo a supporto dei dati già emersi nel corso del primo capitolo, che dimostravano come si sia creata una sorta di consonanza nella dicotomia tra la percezione del decisore pubblico e il ruolo delle aziende farmaceutiche. Il decisore, infatti, come sembrerebbe emergere dal presente studio, riconosce sempre più una valenza strategica al settore farmaceutico per quello che riguarda il contributo che tale settore dà al sistema paese.

Nel terzo capitolo relativo al caso del riordino delle professioni sanitarie con l'inserimento della professione di psicologo, si è evidenziato un ruolo fondamentale dei lobbisti corporativi, i quali essendo spesso organizzati su base regionale riescono ad indirizzare efficacemente le loro azioni in base al luogo decisionale interessato dalla questione specifica. Tuttavia, l'analisi condotta ha dimostrato che internamente alle associazioni di categoria emergono frequentemente delle frammentazioni che dipendono dal diverso orientamento ideologico o dal ruolo ricoperto e possono compromettere il

raggiungimento del risultato delle azioni di lobbying. Nonostante ciò, i gruppi professionali risultano esternamente attivi nelle relazioni istituzionali, caratterizzandosi come *insider* meglio posizionati rispetto ad altri gruppi di interesse e venendo frequentemente auditi dai decisori pubblici, come dimostra il caso del Consiglio dell'ordine degli Psicologi. Andando a confermare quanto sostenuto nel primo capitolo circa la posizione di vantaggio di cui può godere l'associazione di categoria; la quale, rispetto ad altri portatori di interesse del settore, gode di una capacità di relazione più neutra con il decisore pubblico. È frequente, inoltre, che i gruppi di interesse corporativi intraprendano delle coalizioni su interessi attigui o si trovino in contrasto su alcune rivendicazioni. Infatti, si è osservato come in questo ambito solo le tematiche generali inerenti alla tutela della salute raccolgono una maggiore solidarietà e comunanza di vedute.

Nel complesso, il lobbying nel settore sanitario italiano emerge come un puzzle di cui si riesce con difficoltà a ricostruire il disegno, complici i fattori istituzionali e le dinamiche di *policy*, che confermano la connessione dei gruppi di pressione – con le loro rispettive *issue* e strategie – alle trasformazioni sociali ed economiche legate inevitabilmente a loro volta alle dinamiche di cambiamento delle politiche pubbliche. I due casi analizzati rappresentano parte di quelle dinamiche esemplari sostenute nel primo capitolo e confermano che le azioni di lobbying trovano tra le loro ragioni un collegamento fondante nelle percezioni della società. Si pensi, ad esempio, alla Legge Vaccini del 2017, che è figlia di un calo vaccinale generale dovuto anche ad una crisi comunicativa; ma si pensi anche al riconoscimento del ruolo della psicologia nei Lea e successivamente tra le professioni sanitarie: questo traguardo per la categoria arriva in seguito ad un ampio riconoscimento professionale già ottenuto a livello sociale.

L'attività di lobbying, quindi, ha dimostrato di vivere in osmosi con le percezioni profonde del paese, le quali costruiscono e plasmano gli interessi che diventano rilevanti al punto di essere sottoposti nelle fasi del *policy making*. L'analisi condotta ha voluto guardare sia ai fattori istituzionali sia a quelli di *policy* in un ambito come quello sanitario che risulta essere estremamente rilevante per le interazioni che lo caratterizzano e per la delicatezza delle tematiche che limitano le modalità d'azione dei portatori di interesse. Si è mostrato come i gruppi di pressione sono vari e di conseguenza risultano vari anche i vincitori dei processi decisionali confermando che ci sono delle condizioni di vantaggio iniziale di certi gruppi che possono influire sulle chance di successo. Al tempo stesso, ci

sono anche altre dinamiche che operano nell'ottenimento di un risultato; cosicché si desume che, a parità di condizioni e in uno spazio caratterizzato dal pluralismo democratico degli interessi, qualunque attività di lobbying, se organizzata in modo ben coordinato, e alla luce delle migliori strategie messe in atto ha la possibilità di ottenere risultati di vantaggio. In questo senso, il lobbying si conferma come uno strumento necessario di inclusione nei processi decisionali.

## BIBLIOGRAFIA

- #Comunicare i #vaccini per #salute pubblica, a cura di Fiacchini D., Icardi G., Loparco P.L., Conversano M., Edra s.p.a., 2018. Bosio C. A., Lozza E., La costruzione sociale delle professioni psicologiche in Italia: percorsi e agenda building, *giornale italiano di psicologia*, vol.2, giugno 2021, pp. 357 – 375.
- Addis P., Biondi Dal Monte F., *La libertà di insegnamento e il diritto all'istruzione nella Costituzione italiana*, su "Osservatorio costituzionale AIC", vol.1, aprile 2016.
- Alemanno A., *Lobbying for change: find your voice to create a better society*, Icon Books Ltd, 2017.
- Altavilla E., *La logica dell'azione collettiva, un'analisi dell'opera di Mancur Olson*, in "GSSI Working Papers", 2017.
- Andreozzi A. A., *La democrazia possibile. Processo democratico e poliarchia in Robert Alan Dahl*, Aracne, Roma, 2015.
- Arconzo G., *L'opposizione chiama, i Presidenti delle Camere non rispondono: riflessioni a margine della vicenda Copasir*, in "Quaderni Costituzionali", vol.3, pp. 673 – 697, 2021.
- B. Pezzini, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, a cura di R. Balduzzi, in *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, 2007, 211.
- B. Pezzini, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019.
- B. Pezzini, *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Giuffrè editore, Milano, 2001
- Balduzzi R., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in "Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale", 5/2005, pp. 717-742.
- Bandari R., Zhou Z., Qian H., Tangherlini T. R., Roychowdhury V. P., *A Resistant Strain: Revealing the Online Grassroots Rise of the Antivaccination Movement*, in "Computer", vol. 50, no. 11, pp. 60-67, November 2017.

- Barracca A., *La sanità tra conservazione e necessità di cambiamento. Gli attori del cambiamento*, in “Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi (GCND)”, 29-32, 23 febbraio 2015.
- Belleri G., *Bisogni sanitari creati e soddisfatti ad arte*, in “Occhio clinico”, n.6, 2004.
- Bergamante F., Canal T., Marucci M., *Sanità di base e di emergenza Risorse, opinioni degli italiani e livelli essenziali*, INAPP working paper, n. 19, giugno 2020.
- Bergo M., *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in “AIC, Associazione Italiana dei Costituzionalisti”, n.2, 2017.
- Bolgherini S., Di Giulio M., Lippi A., *From the Change of the Pattern to the Change in the Pattern. The Trilateral Game in the Italian Intergovernmental Relations*, in “European Policy Analysis”, Vol. 4, No. 1, 2018, pp.48-71.
- Borgonovi E., *I nuovi LEA: si chiude un ciclo e si apre una sfida per il Ssn*, in “MECOSAN”, n.99, 2016, pp. 3-7.
- Burioni R., Odone A., Signorelli C., Siliquini R., Vitale F., *L'efficacia della sospensione dell'obbligo vaccinale in Veneto difetta di evidenze scientifiche*, in “Epidemiologia&Prevenzione”, vol. 43, n.1, p.3, 2019.
- Camera dei deputati, *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)*, 2021.
- Cammarota A., Raffa V., *Ripensare le politiche di salute nell'era neoliberista. Welfare mix e sofferenza psichica. Quali spazi d'intervento per la società civile?*, in “SocietàMutamentoPolitica: rivista Italiana di sociologia”, vol. 11, n. 22, pp. 265-274.
- Campa R., *Biopolitica e biopotere. Da Foucault all'Italian Theory e oltre*, in “Bioethics and Medical Sociology”, vol. 3, pp. 125-170, 2015.
- Capano G., Lizzi R., Pritoni A., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione. Oltre il clientelismo e il collateralismo*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 3, 2014.
- Caruso E., *Sanità: il bilancio della XVII legislatura*, in “La finanza pubblica italiana”, Rapporto 2018 Editori G. Arachi e M. Baldini (pp.123-157), Capitolo 6, il Mulino, Bologna.
- Casula M., Toth F., *Come i gruppi di interesse scelgono il campo di battaglia: il caso del decreto Lorenzin sui vaccini*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale" n. 2, 2019, pp. 277-306.

- Casula M., Toth F., The Yellow-Green Government and the Thorny Issue of Routine Childhood Vaccination, pubblicato su “ISP, Italian Political Science”, vol. 13, n.2, 2018, pp.104-114.
- Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019.
- Coduti D., *La disciplina sulle vaccinazioni obbligatorie alla prova di forma di Stato e forma di governo*, in “Rivista AIC”, n. 3, 2018.
- Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, *Ruolo della psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, Quaderni CNOP, n.1, 2018.
- Costa J., García J., *Demand for private health insurance: how important is the quality gap*, in “Health economics”, vol. 12, n. 7, 2003, pp 587–599.
- Costa P., *Lo Stato sociale come problema storiografico*, in “Quaderni fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno”, 2017, n. 46, t. I, pp. 41-102.
- Cottarelli C., *All'inferno e ritorno. Per la nostra rinascita sociale ed economica*, Feltrinelli Editore, Milano, 2021.
- Culpepper P. D., *Quiet Politics in Tumultuous Times: Business Power, Populism, and Democracy* in “Politics & Society”, vol. 49, p.134- 141.
- David P., *La politica dell'assistenza tra riformismo e tradizione*, in “Stato e mercato”, vol. 2, n.14, 1985, pp. 321 -337.
- Ddl n. 1324/2016.
- Ddl n.3868/2017.
- De Mucci R., *Metodi di analisi empirica in scienze sociali. Una introduzione*, Soveria Mannelli, 2018.
- Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, Rivista quadrimestrale", n. 3, 2014, pp. 377-408.
- Domenighetti G., *Comunicazione sanitaria e potere*, in “JANUS”, n. 26, 2007.
- Egidi V., Reynaud C., *Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra*, in “Popolazione e storia”, vol. 6/1, 2005, 45-85.
- Engin C., Vezzoni C., *Who's Skeptical of Vaccines? Prevalence and Determinants of Anti-Vaccination Attitudes in Italy*, in “Population Review”, vol. 59 no. 2, 2020.
- Falkenbach M., Bekker M., Greer S.L. *Do parties make a difference? A review of partisan effects on health and the welfare state*, in “European Journal of Public Health”, Published by Oxford University Press, Agosto 2020, 1-30.
- Ferrera M., *Le politiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 2019.

- Foucault M., *Nascita della biopolitica* (corso al collège de France anni 1978-1979), Milano, 2005.
- Francia, M., Gallinucci, E. & Golfarelli, M., *Social BI to understand the debate on vaccines on the Web and social media: unraveling the anti-, free, and pro-vax communities in Italy*, in “Social Network Analysis and Mining”, vol. 9, n. 46, 2019.
- Giambi C, Fabiani M, D'Ancona F, Ferrara L, Fiacchini D, Gallo T, Martinelli D, Pascucci MG, Prato R, Filia A, Bella A, Del Manso M, Rizzo C, Rota MC, *Parental vaccine hesitancy in Italy - Results from a national survey*, su “Vaccine”, Feb 1;36(6), 2018, 779-787, p. 37.
- Giambi C., Fabiani M., D'Ancona F., Ferrara L., Fiacchini D., Gallo T., Martinelli D., Pascucci M.G., Prato R., Filia A., Bella A., Del Manso M., Rizzo C., Rota M.C., *Parental vaccine hesitancy in Italy - Results from a national survey*, in “Vaccine”, vol. 36, n. 6, 2018, pp. 779-787.
- Giambi C., Fabiani M., D'Ancona F., Ferrara L., Fiacchini D., Gallo T., Martinelli D., Pascucci M.G., Prato R., Filia A., Bella A., Del Manso M., Rizzo C., Rota M.C., *Parental vaccine hesitancy in Italy - Results from a national survey*, in “Vaccine”, febbraio vol. 1, n. 36, 2018.
- Giorgi C., Pavan I., “*Un sistema finito di fronte a una domanda infinita*”. *Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in “Le carte e la storia”, n. 2, 2018, pp. 103 – 117.
- Giorgi C., Pavan I., *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma sanitaria. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in “Studi storici”, n. 2, 2019, pp. 417- 455.
- Greco A., Braibanti P., Mucci C., *La professionalizzazione della psicologia tra affermazione dell'autonomia e rischi di omologazione*, in “Giornale italiano di psicologia”, vol.2, giugno 2021, pp. 465 – 469.
- Greer, S. L., Fonseca E. M., Adolph, C., *Mobilizing Bias in Europe: Lobbies, Democracy and EU Health Policy-Making*, in “European Union Politics”, vol. 9, n. 3, 2008, pp. 403–433.
- Guardiancich I., *La riforma del welfare in Italia a cavallo della crisi: cause, caratteristiche ed esiti*, in "Stato e mercato, Rivista quadrimestrale" 2/2019, pp. 249-270.
- Guerra G., *I nuovi Livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in “Politiche sanitarie”, vol. 18, n. 1, pp. 40-45, 2017.

- Guerra G., *I nuovi livelli essenziali di assistenza sanitaria*, in “Politiche Sanitarie”, vol. 18, n.1, gennaio – marzo 2017, pp. 41- 45.
- Hatzopoulos V., *Public procurement and state aid in national health care systems*. In E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, & T. Hervey (Eds.), *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*, in “Health Economics, Policy and Management”, 2010, pp. 379-418.
- Holyoke, T. T., *Choosing Battlegrounds: Interest Group Lobbying across Multiple Venues*. *Political Research Quarterly*, 56(3), 325–336, 2003.
- Insanguine Mingarro F. A., *Vaccinazioni obbligatorie e diritti fondamentali: la paradossale condizione del minore alla luce del DL n. 73/2017*, in “Sociologia del diritto”, vol.1, pp. 165 -179, 2019.
- Iorio E., *La libertà (di cura) non è star sopra un albero...: riflessioni sulle resistenze alle vaccinazioni*, in “Venetica: rivista degli istituti per la storia della resistenza”, Vol. 1, No. 54, pp. 15-36, 2018.
- L. Carlassarre, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *L'amministrazione sanitaria*, a cura di Pozza N., Vicenza, 1967, pp. 103
- Legge n. 3/2018.
- Lello E., *Populismo anti-scientifico o nodi irrisolti della biomedicina? Prospettive a confronto intorno al movimento free vax*, in "Rassegna Italiana di Sociologia, Rivista trimestrale fondata da Camillo Pellizzi" 3/2020, pp. 479-508.
- Levy, Kenneth & Ehrental, Johannes C. & Yeomans, Frank & Caligor, Eve, *The Efficacy of Psychotherapy: Focus on Psychodynamic Psychotherapy as an Example*, in “Psychodynamic psychiatry”, n. 42, 2014.
- Lizzi R., *I gruppi d'interesse in Italia fra continuità e cambiamento. Fattori istituzionali e dinamiche di policy*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 2, 2011.
- Lizzi R., Pritoni A., *Lobbying in tempi difficili. Gruppi di interesse e policy-making nell'Italia della disintermediazione*, in “The Italian Journal of Public Policy”, 2019.
- Lizzi R., Toth F., *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l'effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, in “Stato e mercato”, n. 2, 2019.
- Lolli I., *Decreti-legge e disegni di legge: il Governo e la 'sua' maggioranza*, in *Osservatoriosullefonti.it*, fasc. 3/2016.
- M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società* n. 2 del 1980

- Macchi L., Cucchiarini V., Bagassi M., L'influenza dei processi comunicativi nella percezione del rischio e nella presa di decisione, in "Sistemi intelligenti, Rivista quadrimestrale di scienze cognitive e di intelligenza artificiale" 2/2017, pp. 271-294
- Maciocco, G. *A quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale. L'assalto all'universalismo* in "RPS: la rivista delle politiche sociali: Italian journal of social policy", n. 2, 2018, pp. 123-138.
- Maino F., *La politica sanitaria*, Il Mulino, 2001.
- Maino F., *La sanità dopo la riforma Bindi*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica", 2/2001, pp. 250-257.
- Maino F., *La sanità fra Stato e regioni*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica" 1/2003, pp. 100-107.
- Manfredelli G., *Crisis Communications: dall'emergenza all'opportunità*, su Informazioni della Difesa, vol. 4, 2013.
- Mapelli V., *Pubblico e Privato nella Sanità Italiana*, in "PharmacoEconomics Italian Research Articles", n. 14, 2012, pp. 1-107.
- Martin L.R., Petrie K.J., *Understanding the Dimensions of Anti-Vaccination Attitudes: the Vaccination Attitudes Examination (VAX) Scale*, in "Ann Behav Med", Oct vol. 51, n.5, pp. 652-660, 2017.
- Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, Carocci Editore, 2020.
- Montanari I., Nelson K., *Health care determinants in comparative perspective: The role of partisan politics for health care provision*, in "International Journal of Comparative Sociology", 2013;54(5-6):445-466.
- Moran M., *Morte o trasfigurazione? Come cambia il governo della sanità*, in "Biblioteca della libertà", n. 155, 2000, pp. 29-56.
- Morana D., *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021.
- Nathanson M. D., *Health Care Providers' Government Relations Handbook: shaping policy to win*, Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2004.
- Negroni A. A., *Articolo 32 della Costituzione e superamento delle vaccinazioni obbligatorie*, in "Forum di Quaderni Costituzionali", vol. 2, 2020.
- Negroni A. A., *Sul concetto di trattamento sanitario obbligatorio*, in "AIC - Associazione Italiana Costituzionalisti", n. 4, 2017.

- Neri S., Maino F., *La politica sanitaria ai tempi della "devolution"*, in "il Mulino, Rivista trimestrale di cultura e di politica" 1/2006, pp. 133-142.
- Nownes A. J., *Total lobbying: what lobbyists want (and how they try to get it)*, Cambridge University Press, 2006.
- OECD, *Lobbying in the 21st Century: Transparency, Integrity and Access*, OECD Publishing, Paris, 2021.
- Orciani B. M., *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali, quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare", n. 2, 2020, pp. 299-318.
- Orciani B., M., *La riforma ordinistica delle professioni sanitarie*, in "Autonomie locali e servizi sociali, Quadrimestrale di studi e ricerche sul welfare" 2/2020, pp. 299-318.
- Ornaghi, L. (1980). «INTERESSE» E «GRUPPI CORPORATI» INTRODUZIONE ALLO STUDIO DEL FENOMENO CORPORATIVO, in "Il Politico", 45(2), 221–247.
- Pajno A., *L'attuazione del federalismo amministrativo*, in "Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale", 4/2001, pp. 667-682.
- Pammolli F., Salerno N. C., *La definizione operativa dei Lea 'chiave di volta' del federalismo*, in "Note Cerm", settembre, 2004.
- Pellegrino P., *La politica sanitaria in Italia: dalla riforma legislativa alla riforma costituzionale*, in "POLIS Working Papers", n. 55, 2005.
- Penasa S., *Obblighi vaccinali: un itinerario nella giurisprudenza costituzionale comparata*, in "Quaderni Costituzionali", vol. 1, pp. 47-78, 2018.
- Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, Il Mulino, 2019.
- Petrillo P.L., *Gruppi di pressione e decisori politici: la Camera dei Deputati approva prime norme sulle lobby*, in "Quaderni costituzionali", n.2, 2017.
- Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di "diritto fondamentale" tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, in "dirittifondamentali.it", 2017.
- Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, in "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche", 2014.

- Pritoni A., *La ricerca sui gruppi di interesse negli ultimi quindici anni: tendenze internazionali con uno sguardo sull'Italia*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 2, 2016.
- Pritoni A., *Lobby d'Italia: il sistema degli interessi tra Prima e Seconda Repubblica*, Carocci editore, 2019.
- Report Altems, a cura di Petrangolini T., Morandi F., Delle Monache L., Moro M., Di Brino E., Cicchetti A., *La storia delle associazioni dei pazienti e dei cittadini, impegnate in sanità in Italia: conquiste, ostacoli e trasformazioni*, Kos editrice, marzo 2021.
- Ricci Bitti P. E., *La liquidità della professione di psicologo*, in “Giornale italiano di psicologia”, vol.3, settembre 2017, pp. 655 – 661.
- Romboli R., *Obbligo di vaccinazione anti Covid e principi costituzionali: a proposito del d.l. n. 44/2021*, in “Quaderni costituzionali”, Fascicolo 3, settembre 2021, pp. 673 – 675.
- Salazar C. M. G., *Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, su “BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto”, n. 2, 2017, pp. 15-50.
- Sarchitelli G., *Le professioni di psicologo*, in “Giornale italiano di psicologia”, fascicolo 4, 2003, pp.671 – 685.
- Senato della Repubblica, Documentazione di inizio legislatura, *I temi dell'attività parlamentare nella XVII legislatura – Welfare*, aprile 2018.
- Serino, L.; Maurici, M.; D'Alò, G.L.; Amadori, F.; Terracciano, E.; Zaratti, L.; Franco, E.; Group, L.H.U.V. *Healthcare Workers Training Courses on Vaccinations: A Flexible Format Easily Adaptable to Different Healthcare Settings*, in “Vaccines”, n.8, 2020.
- Signorelli C., Odone A., *Advocacy communication, vaccines and the role of scientific societies*, in “Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità”, vol. 27, pp. 737-747, 2015.
- Signorelli C., *Quarant'anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia*, in “Acta Biomed”, vol. 90, n.1, pp.127-133, 2019.
- Soresina M, *Sanità Pubblica (all C.)*, in “Amministrare”, fascicolo 1, 2015.
- Sorice M., *La comunicazione politica*, Carocci Editore, 2011.
- Stefanini A, Bodini C., *Salute e partecipazione della comunità: una questione politica*, in “Sistema Salute”, vol. 58, 2014.

- Torbica A., Fattore G., *The "Essential Levels of Care" in Italy: When Being Explicit Serves the Devolution of Powers*, in "The European Journal of Health Economics", Vol. 6, 2005, pp. 46-52.
- Toth F., *How Health Care Regionalisation in Italy Is Widening the North-South Gap*, in "Health Economics Policy and Law", vol. 9, n. 3, 2014, pp. 231-250.
- Toth F., *L'ambigua "governance" del sistema sanitario: una gara d'appalto tra mercato e politica*, in "Amministrare, Rivista quadrimestrale dell'Istituto per la Scienza dell'Amministrazione pubblica", 1/2003, pp. 81-108.
- Toth F., *Professione medico*, Bologna, Il Mulino, 2012.
- Toth F., *Quando i partiti falliscono: i comitati cittadini come organizzazioni politiche effimere*, in "Polis", n. 2, 2003.
- Vandelli L., *Psicopatologia delle riforme quotidiane, le turbe delle istituzioni: sintomi, diagnosi e terapie*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- Vicarelli G., *F. Maino, La politica sanitaria*, in "Polis", fascicolo 3, dicembre, 2002.
- Vicarelli G., *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in "Politiche Sociali", vol.3, settembre-dicembre 2017, pp. 517 – 521.
- Vimercati B., *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in "Le Regioni", Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale" 1-2/2017, pp. 133-180.

## SITOGRAFIA

- Legge 11 gennaio 2018, n. 3:  
<http://www.astrid-online.it/static/upload/legg/legge-11-gennaio-2018--n3.pdf>
- Ministero della salute, i princìpi del Servizio sanitario nazionale (Ssn):  
<http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>
- L'assistenza sanitaria in Italia, in Altroconsumo, 4 ottobre 2016:  
<https://www.altroconsumo.it/salute/diritti-in-salute/speciali/assistenza-sanitaria>
- Annual report of the American Psychological association, a Supplement to the American Psychologist July–August 2013, Volume 68, number 5  
<https://www.apa.org/about/governance/bdcmte/2012-report.pdf>
- Camera dei deputati, servizio studi VIII legislatura, i nuovi livelli essenziali di assistenza, 12 gennaio 2021.  
<https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1105044.pdf>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, definizione dei livelli essenziali di assistenza, 29 novembre, 2001.  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/02/08/02A00907/sg>
- Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 12 gennaio 2017.  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>
- Sistema Sanitario Nazionale: com'è cambiato dal 1978 a oggi, Dottor Massimo Magi Medico di Medicina Generale FIMMG, in “Medical Facts di Roberto Burioni”, 12 marzo 2020.  
<https://www.medicalfacts.it/2020/03/12/sistema-sanitario-nazionale-dal-1978-oggi/>
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione  
<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge.costituzionale:2001;3>
- Il Ddl Lorenzin: la professione di psicologo è ricompresa tra le professioni sanitarie, Ordine degli Psicologi regione Abruzzo, 23 gennaio 2018.  
<https://www.ordinepsicologiabruzzo.it/news/notizie-del-giorno/il-ddl-lorenzin-la-professione-di-psicologo-e-ricompresa-tra-le-professioni-sanitarie.html>

- Legge Lorenzin, la conquista della professione psicologica. Cosa cambia per lo psicologo?, Angela Alampi, su Psicotipo, 4 gennaio 2018.  
<https://www.psicotipo.it/legge-lorenzin-la-conquista-della-professione-psicologica/>
- Consiglio Nazionale Ordine degli Psicologi, la professione di psicologo è professione sanitaria, Fulvio Giardina, presidente CNOP.  
<https://www.psy.it/la-professione-di-psicologo-e-professione-sanitaria.html>
- Art. 32 Cost.  
[https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo\\_numero\\_articolo=32](https://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32)
- Camera dei deputati e Senato della Repubblica, dossier VIII legislatura, Welfare, aprile 2018.  
<https://temi.camera.it/dil/pdf/welfare.pdf>
- Camera dei deputati, temi dell'attività parlamentare XVII legislatura, Le fonti dei finanziamenti del servizio sanitario nazionale  
[https://temi.camera.it/leg17/post/app\\_la\\_composizione\\_dei\\_finanziamenti\\_del\\_fabbisogno\\_sanitario\\_nazionale.html?tema=temi/il\\_fabbisogno\\_sanitario](https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale.html?tema=temi/il_fabbisogno_sanitario)
- Confindustria, position paper, patto per la salute 2019-2021  
[https://www.confindustria.it/wcm/connect/9fe906ce-3b28-470e-9d1d-5d3a2f738d64/Position+Paper\\_Patto+per+la+salute\\_Confindustria\\_ottobre+2019.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT\\_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9fe906ce-3b28-470e-9d1d-5d3a2f738d64-mTfnaZ](https://www.confindustria.it/wcm/connect/9fe906ce-3b28-470e-9d1d-5d3a2f738d64/Position+Paper_Patto+per+la+salute_Confindustria_ottobre+2019.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-9fe906ce-3b28-470e-9d1d-5d3a2f738d64-mTfnaZ)
- Cassese: «L'obbligo vaccinale è legittimo, lo dice la nostra Costituzione», su ildubbionews, 23 luglio 2021.  
<https://www.ildubbio.news/2021/07/22/vaccino-obbligatorio-meglio-procedere-per-gradi-e-convincere-cittadini/>
- Ministero della Salute, Piano nazionale prevenzione 2020-2025  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf)
- La storia dei Patti per la Salute. La via italiana all'intergovernmental method (Prima parte), Filippo Palumbo, su quotidianosanità  
[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=69133](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=69133)
- La sentenza n. 282 del 2002 della Corte costituzionale: prime interpretazioni delle disposizioni costituzionali sull'esercizio del potere legislativo delle Regioni di Claudio Tucciarelli:  
[https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/old\\_pdf/997.pdf](https://www.forumcostituzionale.it/wordpress/images/stories/pdf/old_pdf/997.pdf)

- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione":  
<https://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>
- Aiop, "Associazione Italiana Ospedalità Privata":  
<https://www.aiop.it/Aiop/Chi-siamo>
- Bonfanti V., Le sette sorelle della sanità privata, articolo pubblicato in "Altreconomia, 6 Febbraio 2009:  
<https://altreconomia.it/le-sette-sorelle-della-sanita-privata/>
- Fiaso:  
<https://www.fiaso.it/Fiaso>
- Rapporto sulla qualità degli outcomes clinici nell'ospedalità privata, quaderni Aiop n.6:  
<http://www.aiop.it/Portals/0/documenti/QR/2019RapportoEsitiPne.pdf>
- Ricerca condotta dall'Osservatorio Farmaci del Cergas - SDA Bocconi, *Quali priorità nelle politiche del farmaco in Italia? Il punto di vista di stakeholder ed esperti*, gennaio 2020.  
[https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report\\_Politiche\\_Final---Formattato.pdf](https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/Report_Politiche_Final---Formattato.pdf).
- I numeri dell'industria farmaceutica in Italia, elaborazioni Farindustria su dati Istat:  
[https://www.farindustria.it/app/uploads/2018/07/i-numeri-dellindustria-farmaceutica-in-italia\\_luglio\\_2018.pdf](https://www.farindustria.it/app/uploads/2018/07/i-numeri-dellindustria-farmaceutica-in-italia_luglio_2018.pdf)
- Federfarma, chi siamo  
<https://www.federfarma.it/Chi-siamo/Federfarma.aspx>
- Egualia, chi siamo  
<https://egualia.it/it/associazione/chi-siamo.html>
- I biosimilari, la posizione delle aziende farmaceutiche, farindustria  
[https://www.farindustria.it/app/uploads/2018/10/PP-biosimilari-Farindustria\\_1018.pdf](https://www.farindustria.it/app/uploads/2018/10/PP-biosimilari-Farindustria_1018.pdf)
- IBG:«Con sostituibilità automatica tra biologici rischio boomerang», su archivio notizie egualia  
<https://www.egualia.it/it/notizie/4760-ibg-con-sostituibilita-automatica-tra-biologici-rischio-boomerang.html>

- Questioni di economia e finanza, Il recente andamento delle esportazioni del settore farmaceutico in Italia e nel Lazio, di Gloria Allione, Raffaello Bronzini e Claire Giordano  
[https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2020-0566/QEF\\_566\\_20.pdf](https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/qef/2020-0566/QEF_566_20.pdf)
- Il governo della spesa farmaceutica tra massimali e pay-back:  
<https://finanze.regione.emilia-romagna.it/documenti-di-finanza/upb-21-06-2017>
- Paper Astrid, Il principio di sussidiarietà orizzontale e le sue applicazioni: un nuovo modo di amministrare, Roma, ottobre 2003, pp. 11-12.  
<http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/SUSS/SUSSIDIARIETA--ORIZZ-PaperAstrid-2003.pdf>
- Report Altems, a cura di Petrangolini T., Morandi F., Delle Monache L., Moro M., Di Brino E., Cicchetti A., *La storia delle associazioni dei pazienti e dei cittadini, impegnate in sanità in Italia: conquiste, ostacoli e trasformazioni*, Kos editrice, marzo 2021.  
<https://altems.unicatt.it/altems-Report.pdf>
- Cittadinanzattiva, chi siamo  
<https://www.cittadinanzattiva.it/chi-siamo.html>
- Decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 , Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonche' della direttiva 2003/94/CE.  
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2006/06/21/006G0237/sg>
- Normative per la pubblicità sui farmaci, su abcsalute  
<http://www.abcsalute.it/notizie-salute/salute-diritti-e-doveri/normative-per-la-pubblicita-sui-farmaci.html>
- Farmaci senza obbligo di prescrizione, su nurse24  
<https://www.nurse24.it/infermiere/farmaci/senza-obbligo-prescrizione-sop.html>
- La sponsorizzazione di eventi EMC  
<https://www.diritto-farmaceutico.it/wp-content/uploads/2015/06/FS-La-sponsorizzazione-di-eventi-ECM-corso-Formafutura-08.07.10.pdf>
- Health industry sistemi sanitari e market access  
<http://www.sicseditore.it/wp-content/uploads/2018/11/marketsaccess.pdf>
- Il patent linkage in pillole  
[https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_eve](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_eve)

nto\_procedura\_commissione/files/000/003/260/2015\_11\_12\_-\_Assogenerici\_-\_Patent\_linkage\_in\_pillole.pdf

- Ministero della Salute, Piano della performance 2017 – 2019, Allegato n.3, Classificazione dei principali stakeholder esterni.

[https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Allegato\\_3\\_stakeholder.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Allegato_3_stakeholder.pdf)

- Marco Mamone Capria: Il decreto-legge sui vaccini: abuso di potere, regresso nei diritti civili, insulto alla medicina e alla scienza

<http://www.hansruesch.net>

- Pushing the Medical Envelope: Mandatory Vaccination and the power of the Pharmaceutical Corporations, Martin J Walker MA:

[https://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem/nuocontri\\_3/walker\\_mandvac.pdf](https://www.dmi.unipg.it/mamone/sci-dem/nuocontri_3/walker_mandvac.pdf)

- Ma le coperture a 24 mesi parlano chiaro: la legge del veneto non ha funzionato, di Burioni R., Odone A., Rezza G., Signorelli C., Siliquini R., Vitale F., in “Igienisti online”, 15 aprile 2018.

<http://www.igienistonline.it/docs/2018/13burionietall.pdf>

- L’obiezione di coscienza alle vaccinazioni obbligatorie: un profilo legislativo e concettuale, Federico Zuolo, in Forum sul BioDiritto, Trento, 28-29 maggio 2008.

[http://www.jus.unitn.it/dsg/convegni/2008/forum\\_biodiritto/Papers/Zuolo.pdf](http://www.jus.unitn.it/dsg/convegni/2008/forum_biodiritto/Papers/Zuolo.pdf)

- Ministero della salute, Piano della performance 2017-2019:

[https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Piano\\_performance\\_2017-2019%20.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Piano_performance_2017-2019%20.pdf)

- No evidence that Fluvad vaccine caused deaths in Italy, EMA Committee review reassures Member States over safety of flu vaccine, EMA press release 3 December 2014:

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/no-evidence-fluvad-vaccine-caused-deaths-italy\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/press-release/no-evidence-fluvad-vaccine-caused-deaths-italy_en.pdf)

- Nessuna evidenza che il Fluvad® abbia causato i decessi segnalati nei soggetti vaccinati, pubblicato su “L’epidemiologia per la sanità pubblica”, Istituto Superiore di Sanità.

<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/CommentoFluvad>

- L’ultima tessera del domino: il “caso Englaro” è chiuso, di Santoleri Nicola Viceconte:

[http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2018/06/6\\_L'ultima-tessera-del-domino-il-caso-Englaro-è-chiuso-2.pdf](http://www.cortisupremeesalute.it/wp-content/uploads/2018/06/6_L'ultima-tessera-del-domino-il-caso-Englaro-è-chiuso-2.pdf)

- I principi della Convenzione di Oviedo nella Costituzione italiana, di Angela Federico su *DirittoConsenso*, 22 gennaio 2021.

<https://www.dirittoconsenso.it/2021/01/22/convenzione-di-oviedo-e-consenso-informato/>

- Oms richiama l'Italia: netto calo delle vaccinazioni obbligatorie a bimbi, articolo pubblicato su “La Repubblica”, 2 febbraio 2015.

[https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/02/02/news/oms\\_richiama\\_l\\_italia\\_nett\\_o\\_cal\\_o\\_delle\\_vaccinazioni\\_obbligatorie\\_a\\_bimbi-106391138/](https://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/02/02/news/oms_richiama_l_italia_nett_o_cal_o_delle_vaccinazioni_obbligatorie_a_bimbi-106391138/)

- Coperture vaccinali pediatriche, i dati 2015, pubblicato su “Notizie dal Ministero”, 10 ottobre 2016.

[https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2718](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2718)

- Dati e numeri del settore farmaceutico in Italia, analisi pubblicata su *icribis.com*, per consultare lo studio completo si rimanda a:

<https://www.icribis.com/it/osservatorio/2019/farmaceutico-italia>

- La grande spesa di Big Pharma per il lobbying ha fruttato grandi contratti nel 2020”, pubblicato su *The defender*, scritto da Mercola J., luglio 2021.

<https://childrenshealthdefense.org/defender/la-grande-spesa-di-big-pharma-per-il-lobbying-ha-fruttato-grandi-contratti-nel-2020/?lang=it>

- Risposte di F. G. Pizzetti, su *Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, su “BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto”, n. 2, 2017, p. 19.  
<http://hdl.handle.net/20.500.12318/4777>

- Ministero della Salute, Coperture vaccinali.  
[https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_tavole\\_20\\_allegati\\_iitemAllegati\\_3\\_fileAllegati\\_iitemFile\\_3\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_3_fileAllegati_iitemFile_3_file.pdf)

- Dichiarazione congiunta di Società firmatarie del Calendario per la Vita con la Società Italiana di Farmacologia

<https://www.fimp.pro/images/vaccini.pdf>

- Lorenzin, dietro i no vax c'è un business enorme: 'Paure illogiche vengono strumentalizzate da gruppi di interesse', pubblicato su ANSA, 9 febbraio 2018.

[https://www.ansa.it/canale\\_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/lorenzini-dietro-i-no-vax-ce-un-business-enorme-\\_c89d74be-b6f4-40c3-8c53-e70cf3fd362b.html](https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2018/02/09/lorenzini-dietro-i-no-vax-ce-un-business-enorme-_c89d74be-b6f4-40c3-8c53-e70cf3fd362b.html)

- *Vaccinazioni Pediatriche: Lettera aperta al Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità*, di Roberto Gava, 20 ottobre 2015. [https://www.robertogava.it/vaccinazioni\\_lettera\\_presidente\\_sanita](https://www.robertogava.it/vaccinazioni_lettera_presidente_sanita)

- *Vaccinazioni: parte la petizione sul web contro l'obbligo negli asili nido pubblici*, di Filomena Fotia, 20 settembre 2016. <https://www.meteoweb.eu/2016/09/vaccini-parte-la-petizione-sul-web-contro-lobligo-negli-asili-nido-pubblici/749333/> a

- *Vaccini: così è possibile risparmiare da 10 a 100 volte i costi delle epidemie*, su Il Sole 24ore, 17 novembre 2015. [https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2015-11-17/vaccini-cosi-e-possibile-risparmiare-10-100-volte-costi-epidemie--133705.php?uuid=ACZZAmbB&refresh\\_ce=1](https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2015-11-17/vaccini-cosi-e-possibile-risparmiare-10-100-volte-costi-epidemie--133705.php?uuid=ACZZAmbB&refresh_ce=1)

- Legislatura 17<sup>a</sup>, Disegno di legge n.2856 [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddl\\_mess\\_ddlmess1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLMESS/0/1036724/index.html?part=ddl_mess_ddlmess1)

- *L'inabissamento mediatico di Paola Taverna in tempi sì vax*, su Il Foglio, Marianna Rizzini, 22 novembre 2021. <https://www.ilfoglio.it/politica/2021/11/22/news/l-inabissamento-mediatico-di-paola-taverna-in-tempi-si-vax-3393332/>

- Vaccinazioni, il Codacon lancia il ricorso collettivo contro il decreto Lorenzin, pubblicato su ParmaToday, ottobre 2017. <https://codacons.it/vaccinazioni-codacons-lancia-ricorso-collettivo-decreto-lorenzini/>

- Salvini contro i vaccini: «Dieci sono inutili e dannosi». Poi ringrazia i due paladini no-vax, pubblicato su Il Sole24ore, 22 giugno 2018. <https://www.ilsole24ore.com/art/salvini-contro-vaccini-dieci-sono-inutili-e-dannosi-poi-ringrazia-due-paladini-no-vax-AET4xpAF>

- Gli anti vax hanno un partito: il M5s, pubblicato su Il Foglio, Luciano Capone, 22 marzo 2017. <https://www.ilfoglio.it/salute/2017/03/22/news/m5-protesta-anti-vaccini-davanti-a-montecitorio-126450/>

- Decreto Vaccini, depositato il ricorso della Regione Veneto, pubblicato su Altalex, Laura Biarella, 18 agosto 2017. <https://www.altalex.com/documents/news/2017/08/17/vaccini-ricorso-regione-veneto>

- Relazione dell'associazione Lov – Liberi dall'obbligo vaccinale in merito al disegno di legge n.73 del 2017, presentata in senato il 13 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/221/STANCA.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/221/STANCA.pdf)
- La “protezione di gregge” e le coperture vaccinali: la realtà è ben diversa da quella presentata dalla Ministra Lorenzin, position paper di Fabio Franchi per Codacons, 18 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/223/CODACONS\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/223/CODACONS_1.pdf)
- 8 Domande dei genitori sul decreto-legge 73/2017, position paper presentato dal Comitato per la libertà di scelta vaccinale, 20 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/225/CLIVA\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/225/CLIVA_1.pdf)
- Audizione informale del Presidente COORDINAMENTO Nazionale Danneggiati da vaccino Nadia Gatti, 20 luglio 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/227/CONDAV\\_1.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/227/CONDAV_1.pdf)
- Relazione del Presidente Gruppo Diritti Umani, Gabriele Milani, 20 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/318/MILANI.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/318/MILANI.pdf)
- Direzione nazionale di Cittadinanzattiva, position paper curato da Sabrina Nardi, Vice coordinatore nazionale Tribunale per i diritti del malato, 25 giugno 2017. [https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento\\_evento\\_procedura\\_commissione/files/000/005/291/CITTADINANZATTIVA.pdf](https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/005/291/CITTADINANZATTIVA.pdf)
- Decreto vaccini, mamme si incatenano davanti al Senato mentre è in corso la discussione della legge Lorenzin, su Il Fatto Quotidiano, Angela Gennaro, 11 luglio 2017. <https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/07/11/decreto-vaccini-mamme-si-incatenano-davanti-al-senato-mentre-e-in-corso-la-discussione-della-legge-lorenzin/3723023/>
- “Vaccini: corteo 'no vax' a Roma, 'libertà di scelta”, articolo pubblicato su Ansa, 11 giugno 2017. [https://www.ansa.it/lazio/notizie/2017/06/11/vaccini-corteo-no-vax-a-roma-liberta-di-scelta\\_0e02e0d8-3fa2-4e8a-b00f-bcba44c3997a.html](https://www.ansa.it/lazio/notizie/2017/06/11/vaccini-corteo-no-vax-a-roma-liberta-di-scelta_0e02e0d8-3fa2-4e8a-b00f-bcba44c3997a.html)
- “L'Italia del "free vax" in piazza: da Cagliari a Torino si manifesta per chiedere libertà di scelta”, articolo pubblicato su La Repubblica, 3 giugno 2017.

[https://www.repubblica.it/salute/2017/06/03/news/manifestazione\\_vaccini\\_obbligo-167128389/](https://www.repubblica.it/salute/2017/06/03/news/manifestazione_vaccini_obbligo-167128389/)

- Cosa sono i LEA, Ministero della Salute.  
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=leaEssn>

- Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza, documento di sintesi, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, giugno 2017, p. 23.  
<https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA---CNOP-2017-.pdf>

- Gli anti vax hanno un partito: il M5s, di Luciano Capone, pubblicato su Il Foglio, 22 marzo 2017.

<https://www.ilmfoglio.it/salute/2017/03/22/news/m5-protesta-anti-vaccini-davanti-a-montecitorio-126450/>

## Riassunto

Molti dei cambiamenti nelle politiche pubbliche derivano da un impegno attivo da parte dei gruppi di pressione in un sistema politico più o meno “formale”,<sup>547</sup> questo perché “le pratiche politiche capaci di interagire con il tessuto sociale non si esauriscono nell’ambito della politica parlamentare”.<sup>548</sup> Come nota Sorice nella sua analisi delle dinamiche che governano la politica contemporanea, le necessità sociali vengono rappresentate in logiche moderne di dimensione politica in cui la *pre-politica* o la *sub-politica* rivestono un ruolo fondamentale, grazie anche ad agenti esterni ai processi politici tradizionali che diventano portatori di istanze sociali.<sup>549</sup> Questo discorso riveste ulteriore importanza a causa dell’odierna incapacità dei partiti, ancorati a categorie definitorie eccessivamente tradizionali, di affrontare e percepire i problemi della modernità ed è in questa condizione che il lobbista o il gruppo di pressione svolge un ruolo di *cerniera* fondamentale tra i cittadini e le istituzioni pubbliche.<sup>550</sup> Si definisce *gruppo di pressione* “un gruppo di persone (fisiche o giuridiche) accomunate da un medesimo interesse che si pongono l’obiettivo di influenzare il decisore pubblico al fine di ottenere un vantaggio o evitare uno svantaggio”.<sup>551</sup> Dalla fine degli anni Novanta, come emerge da alcune pubblicazioni inerenti alle politiche pubbliche,<sup>552</sup> i gruppi di pressione e le associazioni di categoria iniziano ad assumere un ruolo centrale nelle fasi di formazione delle *policy*.<sup>553</sup> Ad esempio, ricostruendo il percorso della politica sanitaria nel corso degli anni abbiamo potuto notare come essa sia stata influenzata dall’interazione tra diversi attori e si sia evoluta anche grazie a rivendicazioni e posizioni di organizzazioni dei lavoratori in ambito medico, o di organizzazioni farmaceutiche, o ancora dei sindacati del settore sanitario più in generale.<sup>554</sup> Ne deriva che negli ultimi anni il settore sanitario non è

---

<sup>547</sup> Sorice M., *La comunicazione politica*, Carocci Editore, 2016, p. 99.

<sup>548</sup> *Ibidem*.

<sup>549</sup> Sorice M., *La comunicazione politica*, cit., p. 99.

<sup>550</sup> Mazzoni M., Carloni E., *Il cantiere delle lobby. Processi decisionali, consenso, regole*, cit., p. 31.

<sup>551</sup> Petrillo P.L., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 14.

<sup>552</sup> Con riferimento, ad esempio, ad alcune pubblicazioni fatte dalla casa editrice Il Mulino dalla fine degli anni Novanta: Gualmini E., *La politica del lavoro*, Bologna, Il Mulino, 1997; Maino F., *La politica sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2001; Lizzi R., *La politica agricola*, Bologna, Il Mulino, 2002; Tebaldi M., *La politica dei trasporti*, Bologna, Il Mulino, 1999; Ventura S., *La politica scolastica*, Bologna, Il Mulino, 1998; Capano G., *La politica universitaria*, Bologna, Il Mulino, 1998. – Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, 2014, p. 326.

<sup>553</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, cit., p. 326.

<sup>554</sup> Pritoni A., Capano G., Lizzi R., *Gruppi di interesse e politiche pubbliche nell'Italia della transizione: oltre il clientelismo e il collateralismo*, cit., p. 326.

rimasto immobile e le trasformazioni che lo hanno investito riguardano sia il rapporto pubblico-privato sia quello centro-periferia. Eppure, date le scarse attenzioni che riceve, è stato notato che esso si configuri come “*quiet politics*”<sup>555</sup>, termine individuato per definire il metodo strategico consistente nel “non mettere in luce l’attivismo e i vantaggi di alcuni gruppi d’interesse che lontano dalla luce dei riflettori riescono a perorare più agevolmente le proprie istanze”-<sup>556</sup> È importante, dunque, evidenziare che l’implementazione delle politiche sanitarie “riguarda un insieme di attività di governo all’interno di un insieme di arene sociali”.<sup>557</sup> Parlando di stakeholder del mondo sanitario è opportuno sottolineare che essi possono essere tanti quanti sono gli interessi in gioco; quindi, pretendere in questa sede di tracciare un’elencazione o categorizzazione di tutti i portatori di interesse in sanità, oltre ad essere un’utopica ambizione, produrrebbe un’analisi comunque incompleta. Tra le motivazioni per le poche attenzioni che la letteratura politologica ha dedicato ai gruppi di interesse si rileva, infatti, “la difficoltà di individuare i gruppi d’interesse rilevanti, di misurare la loro capacità di influenza nel processo politico, di indagare il tipo di rapporti e di risorse impiegate per esercitare pressione.”<sup>558</sup> Date queste premesse, gli stakeholder selezionati in questo elaborato sono stati scelti in quanto protagonisti dei casi analizzati nei capitoli, o perché sono stati frequentemente menzionati nel corso di interviste condotte sul tema oppure, ancora, perché i loro nomi sono emersi frequentemente in articoli inerenti alle politiche sanitarie. Tracciando delle distinzioni per caratteristiche generali dei principali gruppi di pressione venuti in rilievo, si possono distinguere tre grandi gruppi: quello di tipo associativo composto da sindacati, associazioni di categoria e ordini professionali; quello dei gruppi imprenditoriali rappresentati dalle aziende farmaceutiche, gruppi ospedalieri privati o fornitori privati del settore; e, infine, quello delle associazioni dei pazienti o dei consumatori i quali si battono per la tutela dei diritti dei pazienti. Con lobbisti corporativi intendiamo coloro che “rappresentano interessi di associazioni di categoria che tutelano specifici settori produttivi o professionali”<sup>559</sup>, considerando che tale settore si può suddividere, a sua volta, in altri tre sotto-settori in rapporto alla tutela rivolta alle aziende

---

<sup>555</sup> Lizzi R., Toth F., *Le trasformazioni silenziose delle politiche sanitarie in Italia e l’effetto catalizzatore della grande crisi finanziaria*, in “Stato e mercato”, n. 2, 2019, p. 315.

<sup>556</sup> *Ibidem*.

<sup>557</sup> Moran M., *Morte o trasfigurazione? Come cambia il governo della sanità*, cit., pp. 29-56.

<sup>558</sup> Lizzi R., *I gruppi d’interesse in Italia fra continuità e cambiamento. Fattori istituzionali e dinamiche di policy*, in “Rivista Italiana di Politiche Pubbliche”, n. 2, 2011, p. 180.

<sup>559</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit. p. 34.

sanitarie/ospedaliere, alle professioni sanitarie o alla filiera farmaceutica.<sup>560</sup> Questo ci porta a tracciare subito una distinzione sul comparto farmaceutico, all'interno del quale gli stakeholders possono declinarsi o come attori corporativi del settore oppure come gruppi imprenditoriali, intendendo con questi ultimi le aziende farmaceutiche. Quando si sente parlare di lobbying fatto a nome delle aziende farmaceutiche è frequente l'uso del termine *big pharma*, termine che sconta il prezzo di una reputazione negativa, evocando alla mente speculazioni, profitti e logiche commerciali *short-term*.<sup>561</sup> Tuttavia, nel corso del tempo, il decisore pubblico ha riconosciuto sempre più una valenza strategica al settore farmaceutico per quello che riguarda il contributo che tale settore dà al sistema paese.<sup>562</sup> Ci sono casi in cui l'azienda farmaceutica si deve muovere con il supporto dei sindacati, ma questo succede, come abbiamo avuto modo di analizzare, prevalentemente quando le *issue* riguardano, ad esempio, misure di contenimento della spesa pubblica che generalmente comportano anche un impatto forte in termini occupazionali.<sup>563</sup> La maggior parte delle aziende a partire dagli anni '90, successivamente alla riforma del titolo V e come risposta al federalismo sanitario, si sono dotate organizzativamente di strutture a livello regionale per dialogare con i decisori regionali (dialogo necessario soprattutto durante le fasi di *market access*), rispondendo prontamente alla necessità organizzativa nelle diramazioni regionali tanto da essere a volte più numerose le strutture di *policy* regionali di quelle a livello centrale e addirittura di quelle a livello europeo. Le aziende (come pure le associazioni di categoria o dei pazienti), pur disponendo di loro uffici istituzionali, possono anche rivolgersi a società di lobbying, le quali forniscono un servizio di consulenza con riferimento ad una situazione specifica e questa possibilità rappresenta anche una modalità per l'azienda di evitare il contatto diretto con il decisore.<sup>564</sup> Procedendo con la rassegna dei gruppi di pressione nel settore sanitario, fondamentali risultano le azioni messe in atto dalle associazioni dei consumatori e dei pazienti, con le quali i gruppi di interesse già menzionati o le società di lobbying spesso interagiscono o collaborano poiché esse manifestano le necessità dei pazienti. Le associazioni dei pazienti, nominate sin dall'art. 1 della legge n. 833 e quindi dal momento

---

<sup>560</sup> Di Giulio M., Toth F., *I gruppi di interesse in sanità*, cit. p. 379.

<sup>561</sup> *Ibidem*.

<sup>562</sup> *Ibidem*.

<sup>563</sup> Tratto da un'intervista condotta a Goffredo Freddi, Executive Director, Policy & Communication at MSD Italia, Roma, 1° dicembre, 2021.

<sup>564</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marina Panfilo, Vaccine Policy & Communication Director at MSD Italia, Roma, 21 dicembre, 2021.

dell'istituzione del servizio sanitario hanno trovato un pieno riconoscimento costituzionale in seguito alla previsione del principio della sussidiarietà orizzontale. Le associazioni dei pazienti rappresentano una tipologia specifica di stakeholders esistenti esclusivamente nel mondo sanitario; in altri settori abbiamo associazioni dei consumatori che ricoprono degli interessi più ampi, mentre le associazioni dei pazienti hanno una specializzazione non riscontrabile altrove e questo perché quasi ogni patologia ha una sua associazione di pazienti.<sup>565</sup> Può capitare che le associazioni dei pazienti identificandosi come “citizen lobbyist”<sup>566</sup> - cioè coloro che riescono ad influenzare il decisore pubblico su questioni che riguardano “non solo i suoi interessi ma la sfera valoriale, la cui difesa diventa spesso la ragione dell’azione”<sup>567</sup> - si facciano portatori di istanze e interessi inerenti ad una determinata area terapeutica che tra le sue caratteristiche può avere un interesse in comune con un interesse di una casa farmaceutica. I meccanismi di pressione messi in atto dai diversi soggetti che si fanno portatori di interessi si plasmano in differenti strategie a seconda della necessità specifica che essi perseguono, necessità a sua volta derivata da una necessità più generale, la quale è volta a fornire al sistema sanitario nazionale gli elementi di cui ha bisogno per garantire i vantaggi perseguiti dalle comunità delle cui istanze questi gruppi di pressione si fanno portavoce.<sup>568</sup> Le relazioni tra portatori di interesse e coloro che decidono a livello istituzionale possono essere semplici o complesse in base a quelli che sono gli obiettivi strategici da raggiungere. Ciò che in questo elaborato si è voluto mettere in rilievo sono le singole azioni e tendenze concretamente utilizzate da un numero ristretto di attori. Questo metodo risulta funzionale a produrre delle considerazioni che non possono prescindere dal peso delle risorse utilizzate o dalla qualità delle stesse, elementi che sono accompagnati dalla specificità della questione di *policy* che si tenta di promuovere, quindi come questa sia stata percepita nell’ambiente decisionale. Rispetto alla realtà, le definizioni accademiche sull’attività dei gruppi di pressione risultano edulcorate in una fotografia incantata con il tentativo di sistematizzare accademicamente questo tipo di professione, tentativo che si scontra con una mancata regolamentazione, la quale favorisce ai “riders” del settore di muoversi in

---

<sup>565</sup> Tratto da un’intervista ad un senior associate director di una società di lobbying che vuole mantenere l’anonimato, Roma, 9 dicembre, 2021.

<sup>566</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 49.

<sup>567</sup> *Ibidem*.

<sup>568</sup> Nathanson M. D., *Health Care Providers’ Government Relations Handbook: shaping policy to win*, Jones and Bartlett Publishers, Inc, 2004, p. 87.

una zona grigia.<sup>569</sup> Ciò che emerso è che quando si parla di luoghi istituzionali di confronto fra decisori pubblici e gruppi di interesse, non avendo in Italia un'impostazione anglosassone della professione dei gruppi di pressione, ciò di cui si parla, quindi l'interesse che si promuove, e dove se ne parla non è chiaro ma mutabile nei modi e nei luoghi. Si è notato che per quanto riguarda il luogo a livello centrale bisogna guardare all'ecosistema inerente alla tematica e ci deve essere stato a monte un dibattito pubblico tale da far posizionare il decisore sulla questione. Dalle testimonianze raccolte è emerso, inoltre, che la tendenza comune non sia quella di lavorare prevalentemente in un'ottica di *risk mitigation*, nel momento quindi in cui una norma viene discussa, ma la parte fondamentale è nel lavoro costante di *public affairs* e *stakeholder engagement* che precede quella fase, così da essere promotori o collaboratori alla radice di una nuova normativa, che significa nel concreto muoversi prima attirando l'attenzione e sensibilizzando il decisore su certi temi; tuttavia, non si può prescindere da tutta la valutazione del contesto legato ad un determinato problema di *policy*, che risulta fondamentale e porta all'individuazione di una strategia volta al superamento del problema, magari con delle coalizioni. Come già accennato, anche il ruolo delle regioni non è marginale in questo settore in quanto, successivamente alla riforma del Titolo V, i diversi stakeholders possono decidere di agire in base ai loro interessi o nell'arena nazionale o ad un livello regionale di *decision making*. Tuttavia, il luogo regionale interessa prevalentemente le attività delle aziende farmaceutiche e le attività di *market access*. Nella maggior parte delle interviste è emerso come le società di lobbying, "i lobbisti conto terzi"<sup>570</sup>, forniscono un supporto sostanziale soprattutto per quello che riguarda il monitoraggio legislativo sia a livello regionale che a livello nazionale, quindi nelle fasi iniziali dell'attività di lobbying, ma spesso le attività di relazioni istituzionali sono completamente internalizzate dai gruppi di interesse in un dipartimento con persone che si occupano specificatamente di quell'aspetto.<sup>571</sup> Nella rappresentazione degli interessi sanitari, spesso, l'*advocacy* o il

---

<sup>569</sup> Tratto da un'intervista condotta a Marco Giorgetti, Amministratore Delegato di Value Relations - agenzia italiana dell'Healthcare, Roma, venerdì 19 novembre 2021.

<sup>570</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 30.

<sup>571</sup> Ad esempio, Egualea, nei suoi primi dieci anni si è interamente appoggiata a società di lobbying che si occupavano di oltre che di monitoraggio legislativo regionale e nazionale anche di attività di accreditamento presso le istituzioni. Attualmente, l'attività di accreditamento non è più necessaria e la società di lobbying continua a fornire all'associazione esclusivamente il servizio di monitoraggio. Nel caso di Msd, azienda farmaceutica multinazionale, è emerso come a volte vengono coinvolte delle società di lobbying per aiutare a definire un percorso per arrivare ad un determinato provvedimento legislativo, supporto di tipo tecnico riguardante anche la fase temporale più opportuna affinché un determinato emendamento venga inserito in un decreto o in una legge di bilancio.

*grassroots lobbying* hanno un ruolo preponderante tra le tipologie di attività realizzate per mettere a conoscenza il decisore pubblico di una determinata *issue*.<sup>572</sup> L'*advocacy* indica, infatti, un'azione collettiva a sostegno di una causa il cui ruolo è prevalentemente educativo o informativo su esigenze percepite come collettive, a differenza del *grassroots lobbying* che ha come obiettivo la costruzione di un consenso nell'opinione pubblica per l'ottenimento di un risultato volto a tutelare un interesse puntuale.<sup>573</sup> Ai fini di questa analisi non si è potuto sottovalutare il ruolo dei rapporti di forza tra il livello centrale ed il livello regionale. Nell'analisi delle riforme sanitarie abbiamo visto come la l. n. 833/78 si caratterizzava per prevedere un sistema sanitario centrato ma alquanto sbilanciato, con un ruolo delle USL che sfuggivano al controllo statale, poiché non si prevedevano dei criteri di responsabilizzazione regionale per controllare le spese sanitarie, mentre le riforme degli anni '90 si sono caratterizzate per la volontà di introdurre un processo di decentramento regionale e una razionalizzazione del sistema. Gli anni duemila si aprono, dunque, con l'ambizione di completare il decentramento già in atto e questo avviene nel concreto con il decreto legislativo n.56/2000, riguardante disposizioni in materia di federalismo fiscale, ma più concretamente il decentramento si raggiunge attraverso la riforma apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione. Quindi, mentre fino alla fine degli anni '90 l'obiettivo è stato quello di regolare il funzionamento del Ssn per mezzo di riforme nazionali, dal 2000 in poi la sanità seguirà delle traiettorie che la vedranno declinarsi tra accordi o intese tra stato e regioni o attraverso distinte leggi regionali per ciascun Servizio Sanitario Regionale; infatti, tale declinazione sanitaria conoscerà delle differenziazioni tra le impostazioni regionali pur mantenendo sempre la caratteristica di un Ssn formalmente unitario grazie anche ad una serie di elementi di coordinamento rimasti regolamentabili a livello nazionale, come i LEA.<sup>574</sup> Il vero passo in avanti rispetto al "decreto Bindi" si avrà successivamente con la legge n. 405 del 2001 - la quale recepiva i contenuti del secondo accordo Stato-Regioni dell'8 agosto del 2001<sup>575</sup> e attraverso cui le regioni acquistano ampi spazi di autonomia, poiché introduce delle modifiche al sistema di erogazione delle prestazioni e vincolava le regioni a contenere la spesa sanitaria per il triennio successivo - e poi con la riforma costituzionale

---

<sup>572</sup> Signorelli C., Odone A., *Advocacy communication, vaccines and the role of scientific societies*, in "Annali di Igiene", Volume 27, Numero 5, 2015, p.738.

<sup>573</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 271.

<sup>574</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, p. 44.

<sup>575</sup> Accordo recepito prima dal Decreto-legge n. 347/2001 e poi convertito nella Legge n. 405/2001.

del titolo V.<sup>576</sup> L'entrata in vigore delle modifiche al Titolo V della Costituzione implicò tutt'una serie di forme di adeguamento (o in alcuni casi assenza di adeguamento) da parte dei Servizi Sanitari Regionali, molti dei quali hanno consolidato i rispettivi "modelli" sanitari già utilizzati, confermando così un pieno riferimento al Ssn.<sup>577</sup> È stato notato, inoltre, come la Conferenza Stato-Regioni sia diventata lo spazio entro cui il livello regionale ha provato a coalizzarsi per opporsi al governo centrale, dimostrando rafforzamento soprattutto attraverso la maggiore intesa tra le stesse regioni che derivava proprio dall'opportunità di differenziazione.<sup>578</sup> L'analisi delle politiche sanitarie dimostra che nella molteplicità dei lobbisti del settore non vanno esclusi quelli c.d. "orizzontali" o "verticali", identificando con i primi coloro che manifestano un interesse allo stesso livello di governo a cui appartengono e, con i secondi, tutti coloro i quali rappresentano interessi di livelli territoriali ad un livello centrale.<sup>579</sup> Nell'analisi delle politiche vaccinali in Italia si è dimostrato come dal 2001, a seguito della modifica costituzionale, le diverse scelte regionali abbiano finito per offrire delle coperture vaccinali non uniformi nel territorio nazionale e non motivate da questioni di andamento epidemiologico, al punto che in alcune regioni venne totalmente meno l'obbligatorietà precedentemente prevista.<sup>580</sup> Il quadro generale dal 2010 fino al 2014 è stato caratterizzato da un calo delle vaccinazioni, sia obbligatorie che raccomandate, che ha favorito la necessità di elaborare il decreto-legge n.73/2017 con la previsione dell'estensione delle vaccinazioni obbligatorie oltre all'esibizione dei certificati vaccinali al momento dell'ammissione scolastica.<sup>581</sup> In questo contesto si è dato spazio alla questione della tutela della salute anche in un'ottica di diritto a non subire trattamenti sanitari, pur notando che la richiesta di non essere sottoposto a terapie, per come è stata presa in considerazione in questa analisi, non può essere assimilata alle questioni sul suicidio assistito. È stata ricordata la Convenzione di Oviedo<sup>582</sup>, la quale prevede che "un intervento nel campo della salute

---

<sup>576</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, Maggioli, Rimini, 2019, p. 67.

<sup>577</sup> Balduzzi R., *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in "Le Regioni, Bimestrale di analisi giuridica e istituzionale", 5/2005, p.721.

<sup>578</sup> *Ibidem*, p. 137.

<sup>579</sup> *Ivi*, p. 40.

<sup>580</sup> *Ibidem.*, cit., p. 129.

<sup>581</sup> Signorelli C., *Quarant'anni (1978 – 2018) di politiche vaccinali in Italia*, cit., p.131.

<sup>582</sup> La Convenzione di Oviedo, il cui titolo completo è "Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina: Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina" è stata promossa e firmata dal Consiglio d'Europa nel 1997 e recepita nell'ordinamento italiano con la legge n. 145 del 28 marzo 2001; legge con cui il Parlamento italiano ha autorizzato la ratifica del trattato ma, non avendo depositato lo strumento di ratifica e stando

non possa essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero ed informato”<sup>583</sup>, motivo per cui è stata definita “un vero e proprio *requiem* per qualunque accezione, rigida o blanda che sia, di obbligatorietà intesa come non volontarietà”.<sup>584</sup>

Attraverso l’analisi delle posizioni della dottrina si è dimostrato come il diritto alla salute mostra un duplice volto in equilibrio tra due diritti costituzionali e vede da una parte la piena integrità fisica dell’individuo e dall’altro l’interesse della salute della collettività, ma nel caso delle vaccinazioni obbligatorie si intreccia anche ad altri diritti costituzionali come il diritto-dovere dei genitori di occuparsi della salute dei figli (art.30) o il diritto del minore all’istruzione (art.34).<sup>585</sup> Si è anche notato come nonostante il rifiuto vaccinale venga spesso ricondotto al “modello del deficit di conoscenza”, il fenomeno del *grassroots lobbying* antivaccinale sia molto lontano dall’essere un fenomeno disorganizzato e, anzi, al suo interno include dei contribuenti alla causa particolarmente attivi e informati, i quali hanno intrapreso forme di interazione sulla tematica ancor prima che si considerasse che le loro posizioni potessero avere un impatto sull’immunità di gregge. Negli anni, i gruppi di esitanti vaccinali sono risultati perfettamente in grado di entrare nelle dinamiche decisionali e di attirare sentimenti comuni nella persecuzione dei loro obiettivi specifici. Questo perché le motivazioni riguardano la sfera valoriale, il che rende particolarmente decisa l’azione. Inoltre, come nota Petrillo, la forza di negoziazione di questa tipologia di lobbisti, “si basa sul riconoscimento o disconoscimento dell’azione politica del decisore, che potrà essere premiato o punito sulla successiva tornata elettorale”.<sup>586</sup> Ciò che distingue, quindi, il lobbying civico degli esitanti vaccinali da forme di attivismo generiche è l’uso di tecniche proprie del lobbista come la scelta della figura autoritativa pubblica a cui rivolgersi, lo studio del metodo con cui ci si rivolge al

---

alla Convenzione sul Diritto dei trattati, non sono previsti vincoli per l’Italia dal momento che non si è concluso il procedimento di assunzione dell’obbligo di adempimento della Convenzione. Tuttavia, alcuni dei principi della Convenzione sono riscontrabili oltre che nella Costituzione, ad esempio, anche nella legge n. 219 del 22 dicembre 2017 che contiene “norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”.

Per approfondimenti sulla Convenzione e sui suoi protocolli aggiuntivi si rimanda a: <https://www.dirittoconsenso.it/2021/01/22/convenzione-di-oviedo-e-consenso-informato/>

<sup>583</sup> Cilione G., *Diritto Sanitario*, cit., p. 24.

<sup>584</sup> Plutino M., *Le vaccinazioni. Una frontiera mobile del concetto di “diritto fondamentale” tra autodeterminazione, dovere di solidarietà ed evidenze scientifiche*, cit., p.7.

<sup>585</sup> Per Art. 30 Cost. si rimanda a <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-30>, mentre per Art. 34 si fa riferimento a <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-i/titolo-ii/articolo-34>

<sup>586</sup> *Ibidem*, p. 50.

decisore e l'obiettivo che rimane quello di ottenere un vantaggio o evitare uno svantaggio.<sup>587</sup> Il decreto-legge n.73, c.d. “decreto vaccini” o “decreto Lorenzin”, introduce quindi un obbligo vaccinale generale (nel senso che l'obbligo non è rivolto a specifici soggetti come può avvenire per esigenze lavorative) e risponde sia ai requisiti di “straordinaria necessità ed urgenza” stabiliti dall'art. 77 della Costituzione sia ai limiti imposti dall'art. 32 con riferimento alla tutela della salute pubblica ed il rispetto della persona umana.<sup>588</sup> Ciò che si è voluto mettere in rilievo con riferimento a questo decreto sono i ruoli che i singoli portatori di interesse hanno assunto nelle diverse fasi decisionali che hanno portato all'approvazione della legge n.119/2017. Facendo un'analisi a ritroso delle dinamiche abbiamo visto come gli attori chiave di tutto il processo siano stati la Ministra Lorenzin, accerchiata dalla società scientifica, e gli esitanti, rappresentati in parte da alcuni partiti che hanno in blocco votato contro la legge.<sup>589</sup> Si è riconosciuta in questa sede la possibilità di un lobbying di tipo istituzionale che vede “la tutela di un interesse generale, di natura prevalentemente pubblica, ma limitato dal punto di vista territoriale o di competenza”.<sup>590</sup> Inoltre, se si assume che la leva scientifica possa rappresentare uno strumento di lobbying basato sulla reputazione e sulla ricerca del consenso attraverso l'autorevolezza delle tesi sostenute è altrettanto possibile supporre che la possibilità del Ministero della Salute di contare sul pieno sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco, del Consiglio Superiore di Sanità e delle Associazioni dei pediatri o dei genitori con bambini immunodepressi, abbia rappresentato una scelta tecnica mirata a strumentalizzare l'importanza della questione nella percezione degli interlocutori a cui si proponeva la legge arricchendo la questione di quel cosiddetto “expertise”<sup>591</sup> che dota il decisore delle informazioni necessarie ad assumere la decisione.

---

<sup>587</sup> Alemanno A., *Lobbying for change: find your voice to create a better society*, Icon Books Ltd, 2017, p. 86.

<sup>588</sup> Si rimanda a risposte di F. G. Pizzetti, *Forum su Vaccini obbligatori: le questioni aperte*, su “BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto”, n. 2, 2017, p. 19.

Scaricabile al link: <http://hdl.handle.net/20.500.12318/4777>

<sup>589</sup> Tra i numerosi articoli che fanno riferimento in quegli anni al Movimento 5 Stelle come il partito a supporto dei no-vax, si rimanda a: Gli anti vax hanno un partito: il M5s, pubblicato su Il Foglio, Luciano Capone, 22 marzo 2017. Link: <https://www.ilfoglio.it/salute/2017/03/22/news/m5-protesta-anti-vaccini-davanti-a-montecitorio-126450/>

<sup>590</sup> *Ibidem*, p. 40.

<sup>591</sup> Petrillo P., *Teorie e tecniche del lobbying*, cit., p. 256.

Questa analisi per come descritta è stata sostenuta dalla stessa Lorenzin, la quale ha affermato che non ricevette azioni di lobbying ma fu essa stessa ad esercitarle.<sup>592</sup> Invero, gli studi prodotti con il supporto della leva scientifica sono stati utilizzati in luoghi istituzionali per legittimare una posizione ben precisa. Va precisato che per ciò che è emerso dall'analisi condotta in questo caso, in un momento iniziale, il lobbying è stato esercitato in senso “verticale”, quindi dai rami regionali verso il luogo ministeriale. Infatti, le regioni premevano per un'estensione dell'obbligo vaccinale, fatta eccezione per la Regione Veneto che ha sempre mantenuto una posizione contraria fino a sfociare nell'opposizione espressa con strumenti giuridici attraverso due ricorsi alla Corte costituzionale in cui denunciava l'incostituzionalità del decreto.<sup>593</sup>

In un secondo momento, invece, il lobbying è stato di tipo “orizzontale”, poiché la legge necessitava la ricerca di un punto di mediazione con posizioni opposte già presenti nelle sedi decisionali e che rappresentavano gli interessi degli esitanti. Gli esitanti hanno svolto nel frattempo azioni di lobbying riuscendo ad influenzare e a posizionarsi nei processi dialettici decisionali nonostante l'assenza di fondamenti scientifici a sostegno delle loro tesi. La tecnica degli esitanti in questo caso è riassumibile con la capacità di “fare rumore” sfruttando le leve mediatiche ed i social network, quindi quegli strumenti tipici di *grassroots lobbying* che sono ascrivibili alle tecniche indirette del lobbying. Dall'analisi condotta è emerso, inoltre, come le aziende farmaceutiche non siano mai comparse durante tutto il processo che ha caratterizzato l'evoluzione del decreto in legge. Tuttavia, è presumibile che se c'è stato un intervento dei gruppi di pressione economici del settore farmaceutico è avvenuto nella fase di *agenda setting* che ha preceduto la proposta del decreto. Difatti in un momento antecedente Farindustria è stata chiamata a fornire delle informazioni sui vaccini acquistati per ogni singola regione dalle diverse aziende farmaceutiche al fine di elaborare degli studi di andamento sulla copertura vaccinale, insieme a studi di impatto economico della patologia HPV.<sup>594</sup> Guardando alle fasi che ha attraversato il decreto in seguito al momento del *drafting ministeriale*, si è notato che iniziarono già da questo momento a sollevarsi delle posizioni contrarie che si esplicitarono in primi gesti di *grassroots lobbying* attuato attraverso proteste online di *no-*

---

<sup>592</sup> Tratto da una dichiarazione estratta da uno scambio di e-mail avvenuto con il già Ministro dell'Istruzione Beatrice Lorenzin il 9 dicembre 2021.

<sup>593</sup> Decreto Vaccini, depositato il ricorso della Regione Veneto, pubblicato su Altalex, Laura Biarella, 18 agosto 2017. <https://www.altalex.com/documents/news/2017/08/17/vaccini-ricorso-regione-veneto>

<sup>594</sup> *Ivi*.

*vax* e *free-vax*. Si è potuto notare, infine, come gli emendamenti applicati abbiano dato voce a richieste specifiche di alcuni gruppi di interesse come quello dei farmacisti o alla Conferenza Stato-Regioni o abbiano espresso la necessità di trovare un consenso nell'opposizione politica che dava voce ai *no-vax* finendo per modificare parti sostanziali del decreto. Si è dimostrato nel complesso come i gruppi di pressione che potremmo definire espressivi, rappresentati dai *no-vax* e associazioni dei consumatori, in questo caso si siano attivati maggiormente nella fase del momento di *policy* che potremmo definire di *framing* e di decisione, non avendo avuto modo di partecipare durante la fase di *drafting* ma continuando a esercitare azioni di *grassroots* anche in seguito all'approvazione. Mentre i gruppi economici (con cui si fa riferimento alle aziende farmaceutiche) risultano assenti o irrilevanti ai fini del processo di *policy* di questo caso specifico. I gruppi istituzionali, invece, rappresentati dalla Lorenzin e dalla cerchia di sostenitori con cui ha portato avanti il decreto fino all'approvazione risulta essere stato particolarmente attivo in Conferenza Stato-Regioni e nel Consiglio dei ministri, mentre sembra essersi chiuso in un momento di *drafting* per poi riprendere le azioni di pressione nel momento della discussione. In conclusione, dal quadro generale emerge che i gruppi di interesse che, in questa vicenda specifica, sono diventati gruppi di pressione si attivano con intensità variabile in base all'interesse che tutelano ed in base agli strumenti che hanno a disposizione, ma anche in base al tipo di battaglia. Possono quindi diventare gruppi di pressione a seconda delle strategie che mettono in atto nelle diverse fasi del processo di *policy*. Emerge, inoltre, che le azioni di *grassroots* lobbying messe in atto dagli esitanti non hanno prodotto effetti concreti ma solo marginali ottenendo al massimo un alleggerimento delle sanzioni pecuniarie, maggiore disciplina sulla vaccino-vigilanza e la previsione di più dettagliate procedure di risarcimento danno in caso di effetti collaterali. Tuttavia, è importante ricordare che questo caso di studio rappresenta una situazione non generalizzabile, anche per la peculiarità emersa che vede la Ministra Lorenzin svolgere nell'intera vicenda un ruolo pivot tanto da poterci consentire di identificarla, alla luce delle analisi condotte, come "lobbista istituzionale".

A seguire si è analizzato il caso di lobbying dell'inserimento della professione di psicologo tra le professioni sanitarie partendo da un riepilogo sui livelli essenziali di assistenza per voler dare una cornice al ruolo che gli interventi psicologici hanno gradualmente assunto a livello nazionale. Infatti, lo spostamento delle attenzioni del Ssn dal concetto di diagnosi e cura al concetto di promozione della salute, con al centro la

persona e i suoi bisogni, ha determinato la necessità di prendere in considerazione gli aspetti psicologici che potrebbero influenzare la promozione della salute e, più in generale, i percorsi di cura. Abbiamo notato come i Lea siano nati e mutati in base alle esigenze percepite e adattandosi ai mutamenti del paese, sia dal punto di vista finanziario che dal punto di vista dei contenuti. È risultato quindi fondamentale nella stesura del d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 non tralasciare l'aspetto sanitario inerente al benessere psichico della comunità, cercando di dare quindi spazio non solo alla malattia e alle sue cure ma anche alla promozione del benessere inteso in un'ottica più generale. In questo senso, è stato notato come “la psicologia [sia] disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria”<sup>595</sup> attraverso la formulazione risposte cliniche e di trattamenti che tengono conto del contesto entro cui si muove l'individuo. Nel nuovo decreto del 2017 gli interventi psicologici risultano ripresi in diversi momenti soprattutto con riferimento alla definizione per i livelli territoriali, ad esempio per attività di sostegno, diagnosi, consulenza, riabilitazione e prevenzione. Va notato che questo articolo, insieme ad altri articoli e commi contenuti nello stesso decreto, risulta fondamentale nel momento in cui riconosce l'essenzialità, in diverse situazioni, degli interventi psicologici e psicoterapici e questo aspetto rappresenta una grande novità per tutti coloro che si occupano di psicologia. Infatti, da questo momento anche gli psicologi vengono inseriti nelle questioni inerenti al Sistema sanitario nazionale, e di conseguenza gli interventi che questa categoria offre diventano un diritto esigibile posto sullo stesso piano degli altri livelli essenziali di assistenza.<sup>596</sup> I Lea hanno quindi aperto uno spazio alla professione e hanno messo in evidenza l'esigenza di una più adeguata integrazione tra le attività sanitarie e le attività professionali che attengono al mondo sanitario e di cui si riscontra una elevata valenza sociale. Nonostante tali passaggi, continuava a mancare, dopo il d.p.c.m. del 2017, una cornice di riferimento per la professione e, più in generale, per l'ambito psicologico. Si rendeva dunque necessario, dopo l'aggiornamento dei Lea, non solo definire uno standard di intervento psicologico ma anche riconoscere la professione di psicologo attraverso l'attribuzione di una piena dignità professionale.

---

<sup>595</sup> *Ruolo della Psicologia nei Livelli Essenziali di Assistenza*, documento di sintesi, Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, giugno 2017, p. 2. <https://www.psy.it/wp-content/uploads/2018/11/Ruolo-della-Psicologia-nei-Livelli-Essenziali-di-Assistenza-LEA---CNOP-2017-.pdf>

<sup>596</sup> <https://www.ordinepsicologiabruzzo.it/news/focus/i-nuovi-lea/>

In questo senso, la legge n.3 del 2018, detta “Legge Lorenzin”, ha operato una profonda revisione della materia ed è stata protagonista del presente elaborato con riferimento al riconoscimento della professione degli psicologi e delle azioni di lobbying che questi hanno intrapreso per risolvere il problema del loro status professionale (con riferimento specifico all’art.9 della citata legge). Di fatto, questa legge risponde ad un’esigenza ben precisa perché a partire dalla fine degli anni ‘90 si sono costituite nuove categorie socioprofessionali i cui professionisti si sono affermati ed emersi in risposta alle esigenze della popolazione.<sup>597</sup> Tuttavia, negli anni antecedenti al decreto, che potremmo chiamare anni di “neoprofessionalismo” per l’accelerazione dell’affermazione e del riassetarsi di nuove professioni, si metteva già in rilievo come fosse il cittadino a presentare una domanda sulla base di un’esigenza che orienta una risposta anche in senso di costruzione professionale. Appare intuitivo notare come la capacità di intercettare le necessità sociali sia stata, prima del 2018, non sufficiente a fornire delle risposte e a configurare l’offerta di un nuovo servizio. La presenza del ruolo di psicologo riconosciuta anche con i Lea del 2017 ha reiterato la condizione di incompletezza nella selezione delle prestazioni possibili e operabili da parte della categoria, lasciando aperte questioni che hanno fatto da impulso alle azioni del gruppo degli psicologi che si costituirà come gruppo di pressione in concomitanza con l’elaborazione della legge n.3/2018.

L’art. 9 della legge n.3/2018 ha rappresentato per il Cnop, dopo tanti anni di attesa, l’occasione per tutelare i cittadini nell’offerta delle prestazioni psicologiche e il momento per eliminare la marginalità che ha caratterizzato gli psicologi nell’alveo delle professioni sanitarie. Il Presidente del Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi ha dichiarato di aver condotto un’azione di lobbying affinché anche gli psicologi trovassero spazio in questa legge, approfittando di una occasione di regolamentazione che mirava a risolvere tutt’una serie di questioni che venivano rimandate da anni.<sup>598</sup> La difficoltà che ha caratterizzato il percorso di lobbying riguarda il tentativo di fare una *reductio ad unum* di una professione che si configura per sua natura identitaria dettata da una pluralità di contesti che comunicano all’interno di un “universo professionale al plurale” con l’ancoraggio comune nella tutela della salute.<sup>599</sup> Dall’analisi condotta è emersa la

---

<sup>597</sup> Sarchitelli G., *Le professioni di psicologo*, in “Giornale italiano di psicologia”, fascicolo 4, 2003, p. 671.

<sup>598</sup> Tratto da un’intervista fatta a Fulvio Giardina, Presidente del Consiglio Nazionale degli Psicologi dal 2014 al 2020, Roma, 7 febbraio.

<sup>599</sup> Bosio C. A., Lozza E., *La costruzione sociale delle professioni psicologiche in Italia: percorsi e agenda building*, in “Giornale italiano di psicologia”, vol.2, giugno 2021, p. 368.

capacità penetrante delle associazioni di categoria nella posizione di gruppo di pressione con la collaborazione della Ministra Lorenzin che ha perorato la causa insieme alla categoria degli psicologi creando uno staff funzionale a portare a termine la riforma entro la fine della legislatura. Il Cnop, come gruppo di interesse propulsore, è stato presente dall'inizio sin da prima della fase di *agenda setting*, mettendo in rilievo il valore della professione tramite l'organizzazione di convegni e la produzione di *position paper*, per poi passare ad un'azione concreta e strategica consistente nella presa di contatto con il decisore pubblico. Nel complesso, dai due casi presi in considerazione, il lobbying nel settore sanitario italiano emerge come un puzzle di cui si riesce con difficoltà a ricostruire il disegno, complici i fattori istituzionali e le dinamiche di *policy*, che confermano la connessione dei gruppi di pressione – con le loro rispettive *issue* e strategie – alle trasformazioni sociali ed economiche legate inevitabilmente a loro volta alle dinamiche di cambiamento delle politiche pubbliche. L'attività di lobbying, quindi, ha dimostrato di vivere in osmosi con le percezioni profonde del paese, le quali costruiscono e plasmano gli interessi che diventano rilevanti al punto di essere sottoposti nelle fasi del *policy making*.

