

Per un welfare di comunità

Organizzazione e lavoro
nella sanità territoriale

a cura di

Stefania Buoso e Antonio Viscomi



Giappichelli

STEFANIA BUOSO, ANTONIO VISCOMI

Presentazione

Il volume che va in pagina costituisce la prosecuzione della riflessione avviata con *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare* (edito da Giappichelli, 2023) ed è volto ad approfondire una specifica partizione di un tema vasto e complesso, di estrema attualità e decisivo sul piano dell'inquadramento del più ampio sistema di *welfare*. I contributi qui raccolti rappresentano, in gran parte, la riproduzione o la rielaborazione degli interventi presentati nel convegno svoltosi a Ferrara il 23 giugno 2023, *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*.

Il titolo scelto esprime una linea di orientamento finalistico delle politiche sanitarie ma anche un auspicio per un più generale "avvicinamento" del *welfare* alla comunità delle persone, essendo – quello della prossimità ai bisogni di ciascuno – lo spazio privilegiato dell'operare della solidarietà.

L'emergenza epidemica, prima, e il Piano nazionale di ripresa e resilienza, poi, hanno posto i riflettori sulla rivendicazione di un ampliamento dei margini operativi della sanità territoriale; da ciò è derivata la prospettazione di rivisitati o rinnovati modelli organizzativi basati sull'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in cui organizzazione e valorizzazione delle competenze di chi lavora assumono significati peculiari sui quali soffermarsi.

In particolare, col d.l. n. 34/2020 e il successivo decreto del Ministro della Salute n. 77/2021, sono stati stabiliti i primi tratti di quello che Lucia Busatta definisce il «nuovo volto della sanità territoriale», osservati allo specchio dei principi di eguaglianza e solidarietà che plasmano la carta costituzionale e alla luce dell'assetto strutturale di ripartizione delle competenze.

L'analisi si sviluppa, poi, nella filigrana degli studi sociologici improntati sul c.d. *community care* e sulla presa in carico dei bisogni della persona nella loro multidimensionalità, tra spinte innovative e l'intrappolamento nelle forme e rigidità precedenti; queste ultime, come osserva Guido Giarelli, rischiano di condensare il cambiamento entro logiche autoreferenziali scarsamente in grado di popolare i rinnovati orizzonti della tutela della salute. Marco Ingrosso, dalla prospettiva della sociologia della salute, si concentra, d'altra parte, sull'esperienza modellistica e applicativa delle Case della Comunità, evidenziando criticità ed

elaborando proposte per individuare «modi, linguaggi e strumenti» anche per percorrere la strada ecologico- ambientale, delineata dal programma globale *One Health* «a partire dagli ambienti di vita quotidiana e dai territori locali».

Per la figura del medico di medicina generale, da collocarsi al centro del nuovo sistema delle cure primarie, «riforma organizzativa e ridefinizione dell'orizzonte professionale» costituiscono «architravi dello stesso edificio»; questioni affrontate dall'angolo visuale del giuslavorista alla luce dell'obiettivo di definire «la complessità assiologica, deontologica, sistemica del medico di medicina generale». Un aspetto fondamentale è quello della ricerca di un bilanciamento equilibrato tra autonomia organizzativa individuale volta a segnare il tratto libero-professionale del medico ed eteronomia organizzativa regionale in funzione dell'erogazione di livelli essenziali di assistenza, in modo possibilmente omogeneo sul territorio.

Sono riportati nel volume anche alcuni degli interventi presentati nella “tavola rotonda” pomeridiana. Angelina Passaro si sofferma sul ruolo determinante della formazione professionale nella sanità, soprattutto alla luce dei protocolli d'intesa che le Università stipulano con le Regioni per regolamentare l'apporto delle Facoltà di Medicina alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Nazionale, anche con importanti considerazioni sulla «sofferenza» in cui si trova la Medicina Generale. Francesco Esposito, della Federazione dei Medici territoriali, disegna alcune proposte per la «riforma della medicina generale»; mentre Cristiano Zagatti, Responsabile delle politiche della salute di CGIL, rilevando la correttezza dell'impianto della riforma della sanità territoriale, mette in guardia circa i nodi ancora da sciogliere, sia riguardanti le risorse che il personale.

Ebbene, i problemi affrontati sul piano dell'essere e del dover essere regolativo sono numerosi sia sul piano dell'architettura organizzativa che dello specifico inquadramento delle professionalità.

La raccolta di scritti è volta a rimarcare, seppur fotografando il momento *in progress*, l'importanza di questa specifica articolazione del sistema di sicurezza sociale basato sui servizi sanitari in una dimensione di prossimità. Non ci si può scordare che le sorti del disegno costituzionale di eguagliamento sostanziale – in termini di effettività – passano da questo specifico crocevia del *welfare*, cruciale in termini di tutela dei bisogni e delle fragilità dei cittadini nella comunità.

LUCIA BUSATTA

*Il nuovo volto della sanità territoriale tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative**

SOMMARIO: 1. L'assistenza sanitaria nel quadro costituzionale. – 2. L'esigenza di una nuova sanità territoriale. – 3. Le case della comunità. – 4. Non solo luci: a proposito di alcune criticità della riforma della sanità territoriale. – 5. Conclusioni: verso il nuovo volto del SSN, tra promesse e problemi aperti. – Bibliografia.

1. L'assistenza sanitaria nel quadro costituzionale

Fra le numerose riforme oggi in fase di attuazione, di approvazione o ancora in cantiere, che trovano la propria origine nelle ferite provocate dalla pandemia da COVID-19 e promosse dal Recovery Fund e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (di seguito PNRR) rientra anche il nuovo volto che la sanità territoriale dovrebbe presto assumere, in vista dell'attuazione di quanto previsto dal d.l. n. 34/2020 e dal successivo decreto del Ministero della Salute n. 77/2021¹. Dinanzi ad un riordino dell'assistenza sanitaria che promette e auspica una profonda rivisitazione dell'approccio alla cura e presa in carico della popolazione su tutto il territorio nazionale e che mira a realizzare il passaggio concettuale nell'organizzazione dei servizi, dalla centralità dell'ospedale a quella del territorio, l'analisi non può prescindere da una ricostruzione del quadro costituzionale di riferimento.

*Una versione preliminare di questo scritto è stata pubblicata con il titolo *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, sulla rivista online *Federalismi.it*, n. 26, 2023, pp. 18-39.

¹D.l. 19 maggio 2020, n. 34 (convertito con modificazioni dalla l. n. 77/2020), Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e decreto del Ministero della Salute n. 77/2022, «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale».

La tutela costituzionale della salute, infatti, rappresenta uno dei punti di maggior invero dei principi dello stato sociale di diritto che la Repubblica istituita sulle ceneri del secondo conflitto mondiale si proponeva di promuovere. L'impegno nella garanzia dei diritti sociali, in linea con le tendenze che animavano la ricostruzione, anche costituzionale e giuridica, del dopoguerra, rappresenta, nella visione dei Costituenti, lo strumento cardine per una piena realizzazione della persona. La garanzia dei diritti sociali e, fra essi, in particolare, del diritto alla salute costituisce, al contempo, un obiettivo generale della Repubblica che qualifica la forma di stato, un impegno concreto in capo ai pubblici poteri per la sua realizzazione e, in questi termini, dunque, un vincolo per il legislatore, nonché il fondamento di diritti e posizioni giuridiche esigibili per la persona².

La norma costituzionale sul diritto alla salute è, inoltre, realizzazione in concreto del principio di eguaglianza sostanziale che anima e ispira l'intero progetto della Carta fondamentale, poiché contribuisce a "emancipare" la persona da quei vincoli ed ostacoli che impediscono o rallentano il raggiungimento degli obiettivi di crescita individuale e relazionale che il singolo avverte come propri³. Tale concezione del diritto alla salute si ispira al legame tra individuo e corpo sociale, valorizzando tanto il diritto fondamentale dell'individuo quanto la sua dimensione sociale, per il tramite della protezione del bene salute quale interesse della collettività. Nell'articolato dibattito che, nei lavori dell'Assemblea costituente, ha condotto all'approvazione dell'art. 32 Cost., la solidarietà sociale, principio fondamentale dell'ordinamento repubblicano e motore della garanzia dei diritti, assume un ruolo preminente nella strutturazione della norma costituzionale e del relativo diritto. Assicurare la tutela del bene salute, come diritto fondamentale della persona e, al contempo, interesse della collettività, infatti, non costituisce il mero impegno delle istituzioni nei confronti degli individui, singolarmente intesi, ma rappresenta un obiettivo essenziale dell'intervento pubblico, volto al miglioramento complessivo delle condizioni di vita dell'intera popolazione e, per il tramite di questo, dell'avanzamento e della crescita dell'intero ordinamento⁴.

Al fine di realizzare tali nobili intenti, si rende però necessario presidiare e rendere effettivi i diritti con una solida e robusta struttura organizzativa, capace di forgiare e dare forma concreta alla garanzia della salute: tale complesso di

²Riprende tale impostazione, in relazione alla tutela del diritto alla salute, anche ANDREANI 2023.

³Sui diritti sociali come preconditione per il godimento di altri diritti della persona v. per tutti MAZZIOTTI DI CELSO 1964, 805. A riguardo CHIEFFI 2020, 2. Per alcune ulteriori riflessioni a riguardo, sempre nell'ottica delle recenti riforme sanitarie, sia consentito rinviare a BUSATTA 2023.

⁴ROSSI 2019, 21.

funzioni, strutture, attività e risorse necessario a perseguire gli obiettivi costituzionali è il sistema sanitario. A riguardo, tuttavia, i Costituenti scelsero consapevolmente di non vincolare l'ordinamento ad uno specifico modello organizzativo, imponendo una determinata tipologia di sistema sanitario, sebbene – come si evince chiaramente dai dibattiti sul testo dell'art. 32 Cost. – vi fosse una certa chiarezza intorno ai rispettivi vantaggi e svantaggi del modello mutualistico e di quello universalistico, che in quel periodo stava iniziando ad affermarsi in altri Stati, a partire dall'Inghilterra⁵.

La volontà di non vincolare il futuro legislatore ad una determinata organizzazione sanitaria si manifesta come una scelta lungimirante, nella prospettiva di consegnare al Paese una Costituzione duratura, scritta in un contesto di attesi e profondi rinnovamenti, dinanzi a un mondo pronto a rialzarsi e ricostruirsi sulle macerie del dilaniante conflitto mondiale. Ciononostante, traspare, dalla lettura dei dibattiti alla Costituente, una preferenza verso il modello universalistico, considerato il migliore a realizzare gli obiettivi di valorizzazione della persona posti al centro del nuovo ordinamento repubblicano, *in primis* l'eguaglianza sostanziale⁶.

A questo proposito, appaiono significative le parole pronunciate da Alberto Mario Cavallotti, durante i lavori dell'Assemblea costituente: l'obiettivo da prefiggersi deve essere quello di «garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà». Nella sua visione, il principio di solidarietà, quale perno della sanità, è una garanzia di eguaglianza, poiché consente una fusione tra classi e categorie della popolazione, assicurando – possiamo aggiungere noi – una redistribuzione equa delle ricchezze ai fini della risposta ai bisogni della persona⁷.

Per una più concreta attuazione dell'art. 32 Cost., secondo le linee direttrici qui brevemente descritte, sono occorsi ben tre decenni: all'epoca dell'approvazione ed entrata in vigore della Costituzione, l'organizzazione sanitaria funzionava su base mutualistica e solo nel corso degli anni Settanta, a fronte della profonda crisi finanziaria provocata dai gravi disavanzi delle mutue, si cominciò a lavorare al testo della riforma sanitaria che, con la l. n. 833/1978, avrebbe istituito il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), secondo il modello universa-

⁵ Come è noto, il modello di sistema sanitario c.d. universalistico è stato teorizzato da Sir William Beveridge, nel dossier dal titolo *Report on Social Insurance and Allied Services*, predisposto nel novembre 1942 per il Parlamento di Westminster. Nel documento, egli proponeva di affrontare la ricostruzione attraverso una nuova strutturazione dello stato sociale, basata sulla redistribuzione delle risorse derivanti dall'imposizione fiscale, non sulla base della contribuzione del singolo, ma a seconda dei bisogni individuali.

⁶ Circa questi aspetti, sia consentito rinviare a BUSATTA 2018, in partic. 11 ss.

⁷ A.M. CAVALLOTTI, intervento in Assemblea costituente, 22 aprile 1947.

listico⁸. I tratti dell'attuazione del disegno costituzionale che, come si è indicato, lega il diritto alla salute ai principi solidaristico e personalistico e al perseguimento dell'eguaglianza sostanziale, sono da rinvenire nei fondamenti del SSN, enunciati all'art. 1 della legge: «il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio»⁹.

La riforma sanitaria ha successivamente aperto il campo ad una serie, sempre in divenire, di ulteriori interventi normativi, che hanno avuto la funzione di completare il disegno della sanità universalistica, da un lato, e di renderla sostenibile, anche a fronte dell'evoluzione delle dinamiche territoriali e delle contingenze economiche, dall'altro.

Il passaggio forse più significativo, dal punto di vista dell'organizzazione e nella prospettiva costituzionalistica, è quello della regionalizzazione e aziendalizzazione della sanità, veicolato a livello legislativo dai d.lgs. n. 502/1992 e n. 229/1999, su cui si innesta la riforma costituzionale del 2001. Con la revisione del Titolo V, è stata infatti sancita la competenza legislativa esclusiva statale nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni; questi, in ambito sanitario, rappresentano il contenuto minimo del diritto alla salute degli utenti del SSN e il novero di prestazioni che devono essere garantite a tutti, in modo uniforme sul territorio nazionale¹⁰. Le Regioni sono al contempo responsabili per l'organizzazione dei servizi sanitari sui loro territori e per la definizione delle norme di dettaglio nell'ambito della tutela della salute¹¹.

Tale assetto, oltre ad aver impegnato in modo significativo la Corte costituzionale nei vent'anni di vigenza del Titolo V, in contenziosi relativi alla definizione del riparto di competenze tra Stato ed enti territoriali, ha anche determinato profonde (e spesso critiche) diseguaglianze. Le differenze nei livelli di garanzia delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale e l'oggettiva difficoltà, per alcune Regioni, di assicurare perfino i livelli essenziali delle prestazioni, anche a causa di non trascurabili carenze organizzative, portano in alcuni territori a un deficit sanitario. Si tratta di ammanchi che possono diventare tanto gravi

⁸TARONI 2018.

⁹L. 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale». Per una complessiva panoramica del percorso che ha condotto alla riforma in senso universalistico della sanità italiana cfr. BALDUZZI 2018, 465 ss.; CIOLLI 2019, 13 ss.; BALDUZZI 2021, 39 ss.

¹⁰Come ha avuto modo di chiarire, proprio con riguardo alla materia costituzionale, all'indomani della riforma del Titolo V, la Corte costituzionale, nella sentenza n. 282/2002.

¹¹La letteratura giuridica a riguardo è vastissima. Per un inquadramento recente v. DELL'ATTI 2020.

da determinare l'attivazione da parte dello Stato dei meccanismi previsti per sottoporre la Regione interessata al piano di rientro dal disavanzo sanitario, riassettare l'organizzazione dei servizi regionali e ristabilire l'equilibrio costituzionalmente necessario¹².

Su questo contesto di forte differenziazione territoriale dell'organizzazione sanitaria, si sono negli ultimi anni innestate le iniziative di alcune Regioni "virtuose" dal punto di vista della gestione del bilancio e dell'organizzazione sanitaria per attivare il procedimento per il riconoscimento di forme e condizioni particolari di autonomia (*ex art. 116, comma 3, Cost.*), con la devoluzione di alcune più ampie funzioni in ambito sanitario¹³. I relativi procedimenti, attivati prima dell'emergenza sanitaria e sospesi a causa di essa, sono da poco ripresi, ma non sono ancora giunti ad una fase conclusiva¹⁴.

Questa lunga premessa, di inquadramento dell'evoluzione e delle caratteristiche del Servizio sanitario, è di fondamentale importanza per collocare, comprendere e contestualizzare la crisi di sostenibilità che il SSN si trova oggi a vivere all'interno del nostro contesto costituzionale e le riforme sanitarie attualmente in corso, veicolate dal PNRR, che si propongono di alleviare, almeno in parte, gli affanni del sistema sanitario, che la pandemia ha contribuito a far esplodere.

In quest'ottica, il presente contributo si propone di individuare le ragioni che hanno determinato l'esigenza di una nuova sanità territoriale, i tratti essenziali della riforma al momento in fase di attuazione, per evidenziare, in sede conclusiva, le criticità emergenti e i possibili percorsi per affrontarle efficacemente.

2. L'esigenza di una nuova sanità territoriale

La sanità italiana si è presentata alla sfida con la pandemia notevolmente indebolita da alcuni anni di definanziamento e di politiche di contenimento della spesa¹⁵. Ciò ha inevitabilmente avuto, sia prima dell'emergenza sanitaria che durante la stessa, forti ripercussioni sul lato dell'organizzazione. Le contingenze determinate da quanto accaduto durante le prime frenetiche fasi di gestione della pandemia sono state fronteggiate in modo complessivamente positivo grazie a un'eccellente capacità di riadattamento e a una notevole resilienza di tutti coloro

¹² In argomento v. PATANÉ 2021.

¹³ Per tutti v. CHIEFFI 2020.

¹⁴ Per una recente descrizione dello stato dell'arte dei procedimenti per il regionalismo differenziato cfr. LOLLO 2023.

¹⁵ PIOGGIA 2022; *Id.* 2020.

che vi erano a diverso titolo coinvolti, in prima linea o nelle retrovie¹⁶.

Questo enorme sforzo umano e strumentale ha trovato appoggio e sostegno nella c.d. normazione dell'emergenza, con l'affidamento dei poteri straordinari alla protezione civile e con il progressivo e sempre più incisivo intervento dell'esecutivo attraverso la decretazione d'urgenza¹⁷. Più nello specifico, nel nostro ordinamento, il *dies a quo* è il 31 gennaio 2020, giorno in cui una delibera del Consiglio dei Ministri ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale, secondo quanto previsto dall'art. 7, comma 1, lettera c), e dall'art. 24 del codice della protezione civile¹⁸. Tale atto ha costituito il presupposto di fatto e di diritto che ha permesso alle istituzioni italiane l'adozione delle norme dell'emergenza che, in ambito sanitario e al di fuori di esso, hanno determinato il cambiamento (in alcuni ambiti probabilmente irreversibile) della vita e delle abitudini della popolazione italiana¹⁹. L'immediata e unanime approvazione da parte delle Camere dello scostamento di bilancio in data 11 marzo 2020 ha consentito, inoltre, di disporre di risorse economiche eccezionali, pari ad un ammontare che la nostra sanità, con ogni probabilità non rivedrà più²⁰.

Tutto ciò ha evidentemente consentito di far fronte alle necessità contingenti in un periodo decisamente drammatico non solo per il nostro ordinamento, ma per il mondo intero. Tuttavia, ben presto, le ferite aperte del SSN hanno ricominciato a farsi sentire: si pensi, *in primis*, alle difficoltà organizzative, di personale e strumentali legate al lento recupero delle attività ospedaliere ed ambulatoriali per tutte quelle prestazioni che erano state sospese durante il c.d. *lock-down*.

Così, in pochissimo tempo, la crisi pandemica ha evidenziato ciò che era probabilmente da tempo sotto gli occhi di tutti, ma che non era ancora stato affron-

¹⁶ *Inter multis* sia consentito rinviare a BUSATTA, TOMASI 2020, 1 ss.

¹⁷ RAFFIOTTA 2021.

¹⁸ Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, recante «Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili». Alla luce della situazione che si stava delineando, il Governo ha considerato soddisfatti i presupposti previsti dall'art. 7, comma 1, lettera c), e dall'art. 24, comma 1, d.lgs. 2 gennaio 2018, n. 1, per la dichiarazione dello stato di emergenza.

¹⁹ Come è noto, il d.l. 24 marzo 2022, n. 24, convertito con modificazioni dalla l. 19 maggio 2022, n. 52, ha determinato la conclusione dello stato di emergenza a partire dal 31 marzo 2022. A partire dal 1° aprile 2022, pertanto, hanno trovato applicazione, in alcuni casi, le norme precedenti e, in moltissimi altri casi, le disposizioni introdotte appositamente da Governo, Parlamento e Protezione civile per la fase di transizione verso il pieno ritorno alla "ordinarietà".

²⁰ Ci si riferisce, in particolare, al d.l. 17 maggio 2020, n. 18 (c.d. Cura Italia; convertito con modificazioni dalla l. n. 27/2020), al d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (c.d. decreto Rilancio, convertito con modificazioni dalla l. n. 77/2020; su cui più diffusamente *infra*), al d.l. 14 agosto 2020, n. 104 (convertito con modificazioni dalla l. n. 126/2020). Anche nel 2021, si è intervenuti con la determinazione dell'aumento delle risorse destinate alla sanità. Cfr. PIOGGIA 2022, 166.

tato in maniera sistemica: l'attenzione, la sorveglianza e la prevenzione sanitaria sul territorio si erano scoperti, al confronto con il virus, terribilmente fragili, poiché svuotati e depotenziati da anni di scarsa attenzione a livello istituzionale e insufficienti finanziamenti²¹. La sostanziale mancanza di quei «sensori» capillari²² che consentono di intercettare i bisogni di salute e fare ad essi fronte tempestivamente e in maniera efficace, prima dell'insorgenza dell'acuzie, di un aggravamento e per prevenire la necessità di cure più intensive o specialistiche si è avvertita, per la prima volta, in tutta la sua drammaticità. Di conseguenza, anche a partire da tali carenze si è scelto di ricostruire la sanità post-pandemica grazie ai finanziamenti per la ripresa.

Al fine di comprendere per quale ragione la riforma della sanità territoriale costituisca, insieme all'aggiornamento tecnologico e digitale e al potenziamento delle infrastrutture ospedaliere, il cuore degli interventi della Missione Salute del PNRR, è necessario comprendere quali siano stati i motivi che hanno progressivamente condotto alle difficoltà oggettive con cui il SSN si stava già misurando prima dell'arrivo dell'emergenza. Da tempo, infatti, il servizio sanitario era attraversato e scosso da una serie di problematiche di sostenibilità²³, di crescente gravità, i cui fattori scatenanti riguardano, da un lato, le peculiarità della struttura istituzionale e organizzativa per la garanzia del diritto alla salute e, dall'altro lato, i rapidissimi mutamenti sociali e tecnologici che caratterizzano gli ordinamenti contemporanei.

Alla prima categoria bisogna sicuramente ascrivere la differenziazione nei livelli e nelle modalità di garanzia delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, che nel corso degli ultimi due decenni è andata progressivamente aumentando e che dipende (come si è visto *supra*, par. 1) dalla regionalizzazione della sanità e dal dualismo nel riparto di competenze tra Stato ed enti territoriali.

Su questo si innesta un ulteriore elemento, che non può essere sottovalutato e che può essere individuato nella peculiare posizione del diritto dell'UE rispetto ai servizi sanitari nazionali. In base alle disposizioni dei Trattati, infatti, le istituzioni dell'UE godono di una competenza molto limitata in questo settore²⁴. In base agli artt. 6 e 168, par. 7, TFUE, agli Stati membri spetta l'organizzazione interna dei sistemi sanitari, nonché ogni decisione concernente le prestazioni da garantire, la tipologia di assistenza sanitaria da assicurare alle persone presenti sui loro territori e il finanziamento della sanità, mentre l'Unione gode di una

²¹ A questo proposito v. anche COSULICH 2022, 211.

²² PIZZOLATO 2022a, 263.

²³ BUSATTA 2018, *passim*.

²⁴ Come previsto dall'art. 6 TFUE, l'UE non ha competenza esclusiva in materia di salute, ma può «sostenere, coordinare o integrare l'azione degli Stati membri» in materia di protezione e miglioramento della salute umana.

competenza di sostegno nel settore del miglioramento della salute umana. Tuttavia, negli anni, attraverso l'intervento in altri ambiti indubabilmente rientranti nelle attribuzioni europee, l'UE²⁵ è riuscita ad intervenire più o meno direttamente sulle politiche sanitarie degli Stati membri. Infatti, se in passato l'approccio europeo alle questioni sanitarie sembrava più incentrato sulla prevenzione delle malattie e sui problemi di sicurezza pubblica, ora una concezione più ampia, ed olistica, della promozione della salute umana è stata fatta propria dalle istituzioni ed è apprezzabile in tutti gli interventi aventi carattere più o meno vincolante che mirano alla promozione di stili di vita sani, ad intervenire sui determinanti della salute e sulla sorveglianza sanitaria, secondo l'approccio della c.d. "salute in tutte le politiche"²⁶. In aggiunta, atti normativi europei adottati nell'ambito delle competenze assegnate all'Unione proiettano i propri effetti anche sul diritto interno, finendo per condizionare pure le politiche e le decisioni sanitarie: si pensi, solo per fare qualche esempio, al Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali n. 2016/679, alla Direttiva sulla mobilità transfrontaliera dei pazienti n. 2011/24/UE, al Regolamento sulla sperimentazione clinica dei medicinali n. 536/2014 e alle norme relative alla sicurezza dei prodotti e dei dispositivi medici. Tutto ciò ha richiesto ai sistemi sanitari nazionali progressivi e significativi interventi di adeguamento che, sebbene abbiano comportato un complessivo avanzamento anche nell'armonizzazione del diritto tra gli Stati membri, hanno richiesto investimenti e risorse.

Sul lato organizzativo, poi, non può essere tralasciato il delicatissimo rapporto tra la garanzia pubblica dei servizi sanitari, quale adempimento legislativamente e costituzionalmente imposto e necessario, e la sanità privata. A questo specifico riguardo, non possono non essere menzionati i sistemi di accreditamento per mezzo dei quali il servizio sanitario pubblico si avvale di prestazioni dei privati per soddisfare i bisogni di salute delle persone. Tale facoltà, tuttavia, a fronte della crescente sofferenza delle strutture pubbliche, si è negli anni progressivamente radicata in sanità, erodendo talvolta lo spazio e le funzioni pubbliche²⁷. L'avanzamento del privato in sanità, in particolare in questi ultimissimi anni, ha colmato i molti vuoti lasciati dai servizi pubblici, tanto da essersi quasi ad essi sostituito, soprattutto in alcuni territori.

Un ultimo fattore da collegare alla crisi di sostenibilità che il SSN stava già attraversando con l'avvento della pandemia riguarda la tendenza a prescrivere

²⁵ Si pensi al "mercato interno" (art. 4, par. 2, lettera a), TFUE) o ad altre materia di competenza concorrente che potrebbero, di volta in volta, assumere rilevanza in ambito sanitario, quali l'ambiente (lettera e), la protezione dei consumatori (lettera f) ma anche la sicurezza in materia di sanità pubblica (lettera k).

²⁶ PENASA 2015.

²⁷ In argomento cfr. VETTORI 2021; CARUSO 2023.

visite ed esami diagnostici al di fuori dei canoni dell'appropriatezza clinica che dovrebbero guidare le decisioni mediche. Tale fenomeno, generatosi principalmente quale reazione di stampo difensivistico dal lato medico, ha sottoposto il sistema sanitario ad una pressione eccessiva, provocando l'allungamento delle liste d'attesa per tutti i pazienti e determinando l'incremento non giustificato della spesa sanitaria. L'esecutivo, anche al fine di evitare un eccessivo squilibrio del servizio, era intervenuto dapprima per tramite del c.d. decreto *Appropriatezza*, indicando, soprattutto ai medici di medicina generale, i criteri per le prescrizioni²⁸. I contenuti del decreto sono in seguito stati assorbiti all'interno del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, recante l'aggiornamento dei Livelli essenziali delle prestazioni. Si trattava, già allora, di strumenti volti alla razionalizzazione e al contenimento della spesa sanitaria, a fronte di una prassi che stava mettendo in seria difficoltà le strutture sanitarie e la garanzia in concreto del diritto alla salute delle persone.

A tali fattori, che abbiamo ricondotto alla dimensione istituzionale e organizzativa del SSN, vanno ad aggiungersi le problematiche di sostenibilità legate alla fisiologica evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, legati al rapidissimo avanzamento delle scienze mediche, all'evoluzione della società e, non ultimo, alla digitalizzazione ormai irrinunciabile dei servizi sanitari²⁹.

Non bisogna, infine, tralasciare il fatto che la crisi di sostenibilità che oggi mette a dura prova i sistemi sanitari degli ordinamenti tecnologicamente avanzati (a prescindere dalla loro natura universalistica, mutualistica o privatistica), già prima dell'emergenza pandemica, aveva posto in evidenza la necessità di anticipare l'intervento pubblico, prevenendo l'insorgenza del bisogno sanitario grazie ad un'azione mirata sui fattori di rischio. Sulla spinta di modelli di gestione del "bene salute" provenienti tendenzialmente dal nord Europa e attraverso la funzione catalizzatrice giocata dalle politiche dell'Unione europea³⁰, stava progressivamente affermandosi l'idea della necessità di "investire in salute" al di fuori dell'ambito sanitario. Agire sui determinanti sociali della salute, ossia sui fattori ambientali, comportamentali e di istruzione che incidono più o meno direttamente sullo stato di salute di una persona o di un gruppo di popolazione contribuisce, infatti, a ridurre le differenze nell'accesso ai servizi sanitari, con la finalità di migliorare la gestione delle politiche sanitarie³¹.

²⁸ Ci si riferisce al decreto del Ministero della Salute del 9 dicembre 2015, recante «Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, adottato sulla base delle previsioni contenute nell'art. 9-*quater* decreto-legge n. 78/2015». Su tale disposizione si è pronunciata la Corte costituzionale, con sentenza n. 169/2017. I contenuti del decreto sono successivamente confluiti nel d.p.c.m. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA.

²⁹ Per un approfondimento su queste tematiche sia consentito rinviare a BUSATTA 2018.

³⁰ A riguardo v. ALEMANNI, SIBONY 2015.

³¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Review of determinants and the health divide in the*

Si tratta, però, di interventi che richiedono azioni capillari sulla popolazione e che, proprio per tale motivo, non possono che avvalersi dei territori e delle strutture a servizio delle persone in essi presenti. Si pensi a quelle politiche pubbliche che si propongono di incidere sul miglioramento degli stili di vita, all'introduzione di disincentivi di natura economica all'acquisto di bevande o alimenti ad alto contenuto di zuccheri e grassi e così via³². I determinanti sociali della salute, quali fattori di carattere socio-economico che possono influire, spesso in maniera anche molto significativa, sul livello di salute delle persone, si dimostrano oggi fondamentali per supportare l'azione dei servizi sanitari, per contribuire alla razionalizzazione della spesa per le prestazioni mediche e per fronteggiare i problemi di sostenibilità qui brevemente enumerati³³.

Le criticità cui si è fatto cenno, preesistenti all'emergenza pandemica, per effetto di essa non solo si sono amplificate, ma hanno posto in evidenza quanto sia irrinunciabile investire in salute, prima ancora che in sanità, con l'obiettivo di anticipare per quanto possibile l'insorgenza di interventi medici o di malattie croniche. Il PNRR, in questa direzione, si propone di ristabilire una maggiore tenuta e stabilità del sistema sanitario, per renderlo più efficiente, superare le criticità segnalate e garantire una migliore digitalizzazione dei servizi. La missione 6 del Piano di Ripresa e Resilienza, dedicata alla salute, prevede un intervento riformatore centrato sulle reti di prossimità e sull'assistenza sanitaria territoriale, con lo scopo di migliorare i servizi vicini alla cittadinanza.

Strumento principe e volano di questa parte della riforma sanitaria sono le Case della Comunità, pensate come luoghi di aggregazione e di coordinamento dei servizi territoriali, dislocate sul territorio e mirate alla piena integrazione dell'assistenza socio-sanitaria alla popolazione³⁴.

Più nello specifico, gli obiettivi della riforma, quanto alle reti di prossimità, consistono nell'elaborazione di un nuovo modello organizzativo per l'assistenza primaria per garantire i livelli essenziali di assistenza, l'individuazione di priorità di intervento secondo il canale della prossimità, la garanzia di continuità delle cure per le cronicità. Tali finalità concorrono insieme ad innalzare gli standard delle prestazioni e dell'assistenza sanitaria. In aggiunta, in linea con quanto osservato in riferimento ai determinanti sociali della salute e alla prevenzione, si

WHO *European Region: executive summary*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014.

³² D'ALOIA 2014; MORANA 2019, 398.

³³ Sul punto sia consentito rinviare a BUSATTA 2021, 592.

³⁴ Come è noto, nel settore sanitario, le linee di intervento del PNRR, si orientano principalmente in due direzioni: Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. A tale riguardo cfr. PIZZOLATO 2022b, 421.

promuove il c.d. approccio OneHealth, in cui salute, ambiente e clima sono considerate congiuntamente in una visione olistica e globale di salute³⁵.

Le problematiche di sostenibilità che il SSN vive, così come i servizi sanitari di tutti gli ordinamenti tecnologicamente avanzati, caratterizzati da un progressivo invecchiamento della popolazione e dall'aumento delle cronicità, unitamente alle criticità qui enumerate, hanno posto in luce l'esigenza non procrastinabile di una profonda revisione dell'organizzazione sanitaria. La pandemia, in questo contesto, come si è più volte posto in luce, ha agito da catalizzatore, rendendo tali interventi prioritari all'interno dell'ampio quadro di riforme sostenute dai finanziamenti europei per la ripartenza.

3. Le case della comunità

In questo articolato contesto si colloca la riforma della sanità territoriale, introdotta dal d.l. n. 34/2020 (c.d. decreto Rilancio), recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19». L'attuazione di quanto previsto, soprattutto con riguardo all'istituzione delle Case della Comunità, principale strumento di realizzazione della riforma della sanità territoriale, si è avuta per tramite del d.m. n. 77/2022 (di seguito d.m. n. 77). L'intervento legislativo statale, nell'ottica delle relazioni tra Stato e Regioni, va ascritto ad una attrazione in sussidiarietà che ha attribuito alle fonti secondarie statali la definizione dei modelli organizzativi e degli standard di funzionamento dell'assistenza sanitaria³⁶.

L'art. 1 del d.l. citato, rubricato «Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale», ha previsto l'introduzione di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la presa in carico e riabilitazione di persone più fragili. Lo scopo dichiaratamente perseguito è quello della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento degli enti locali e degli attori del Terzo settore. Gli interventi devono, nel disegno del legislatore, ridurre le scelte di istituzionalizzazione e favorire la domiciliarità.

Il decreto Rilancio ha altresì previsto l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, fra i soggetti protagonisti di una riforma che, prima di essere meramente organizzativa, richiede un vero e proprio cambio di passo al comparto sanitario e un mutamento di approccio nella valutazione, cura e assistenza alla persona. In effetti, proprio le oggettive difficoltà vissute nelle fasi più

³⁵ Cfr. RAGONE 2022.

³⁶ CUTTAIA 2022, 91.

acute dell'emergenza pandemica e nella lenta e faticosa ripresa che ne è seguita, hanno evidenziato l'ormai acclarata insostenibilità di un sistema sanitario centrato sull'ospedale e sui servizi ad alta intensità, invece che sulla presa in carico dei bisogni della persona, sull'attenzione alla prevenzione e sull'anticipazione della cura, per evitare l'insorgere di esigenze sanitarie più gravi o acute. La sempre più diffusa cronicità che caratterizza le società tecnologicamente più avanzate come la nostra, unita al tendenziale aumento della speranza di vita, rappresenta il motore principale di queste esigenze di mutamento.

L'attuazione di quanto previsto dal decreto Rilancio si è avuta per tramite del d.m. n. 77, che si prefigge lo scopo di definire l'organizzazione dei servizi assistenziali territoriali sull'intero territorio nazionale. In particolare, tale atto si compone di quattro articoli, dei quali il primo è dedicato agli Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, che a sua volta si completa con gli Allegati 1 (Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale) e 2 (Case della Comunità). Gli altri articoli del d.m. in parola si occupano del monitoraggio, del ruolo delle Regioni e delle Province autonome e della clausola di invarianza finanziaria che richiama le risorse già previste dal PNRR. L'onere di realizzazione di quanto previsto, come per ogni riforma sanitaria e in linea con l'articolazione costituzionale delle competenze spetta, appunto, agli enti territoriali, per i quali è previsto il termine di sei mesi, dall'entrata in vigore del provvedimento, per la programmazione di quanto necessario ad adeguare la propria sanità territoriale alle nuove prescrizioni normative.

In questo nuovo disegno, l'assistenza sanitaria di prossimità ruota intorno a tre solidi pilastri, che consistono nella pianificazione, nel rafforzamento e nella valorizzazione dei servizi³⁷. Più nel dettaglio, ciò avviene per il tramite dello sviluppo delle Case della Comunità, il cuore della riforma e la sfida probabilmente più complessa da realizzare fino in fondo, poiché non richiede solamente l'istituzione di questi "poli" di assistenza territoriale, ma implica una vera e propria rivoluzione nelle modalità di intendere i servizi sanitari primari, tanto da parte degli utenti, quanto sul lato dei medici e degli altri professionisti sanitari. Si prevede, inoltre, il potenziamento delle cure domiciliari, la presa in carico della persona da parte di *équipe* multiprofessionali, l'attenzione alla popolazione secondo un approccio basato sui bisogni, la digitalizzazione dei servizi, nonché la promozione della co-progettazione³⁸.

In particolare, ciò che è di stretto interesse per comprendere la concreta articolazione della nuova Assistenza territoriale disegnata dal d.m. n. 77 può essere ricostruito a partire dai suoi Allegati 1 e 2. Il primo descrive l'articolazione delle

³⁷ *Id.* 80.

³⁸ Tali interventi sono descritti più nel dettaglio in CUTTAIA 2022, 81 e CALDIROLA 2022, 171.

strutture, la distribuzione territoriale e i professionisti coinvolti, mentre il secondo si occupa nel dettaglio degli standard organizzativi, tecnologici e strutturali delle Case della Comunità.

Il punto di partenza, dunque, consiste nella stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori, attraverso l'utilizzo di modelli di identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo dei dati³⁹. Il decreto prosegue, poi, definendo le Case della Comunità come «il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento»⁴⁰.

Dal punto di vista degli standard organizzativi e della descrizione della loro struttura in concreto, il decreto distingue le Case della Comunità in *hub* e *spoke*. Le prime sono previste ogni 40-50.000 abitanti e dovranno avere un organico che comprenda da sette a undici infermieri, un assistente sociale, da cinque a otto unità di personale di supporto sociosanitario e amministrativo. Inoltre, deve essere garantita la presenza di un'*equipe* multiprofessionale, composta di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, la continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali interni e dipendenti, insieme alle figure sanitarie già indicate. La presenza medica viene assicurata in modo continuativo (ventiquattro ore al giorno, su sette giorni settimanali) e quella infermieristica per dodici ore, tutti i giorni della settimana⁴¹.

Quanto alle prestazioni da erogare, come già si accennava, le Case della Comunità *hub* saranno in grado di fornire servizi medici di base e di diagnostica semplice: dovranno perciò essere disponibili un punto prelievi e i servizi ambulatoriali specialistici necessari per le patologie ad elevata prevalenza (quali, ad esempio, cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.). Il tutto si completa con l'integrazione con i servizi socioassistenziali.

La Casa della Comunità *spoke* prevede, come la prima, la presenza di *equipe* multiprofessionali composte di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri e altre figure sanitarie e socio-sanitarie; i servizi garantiti comprendono le prestazioni relative alle patologie ad elevata prevalenza. La presenza medica e infermieristica è, però, garantita per dodici ore giornaliere, dal lunedì al sabato.

Il nuovo volto della sanità territoriale si completa, infine, con altre strutture distribuite sul territorio in base alla popolazione: ogni centomila abitanti sono previsti una unità di continuità assistenziale, una centrale operativa territoriale e un

³⁹ La fonte di riferimento a riguardo è rappresentata dall'art. 7, d.l. n. 34/2020, grazie a modelli predittivi costruiti a partire dalla significativa mole di dati digitali già a disposizione.

⁴⁰ D.m. n. 77/2022, cit., Allegato 1, paragrafo 5.

⁴¹ D.m. n. 77/2022, Allegato 2.

ospedale di comunità con venti posti letto. Questi ultimi, in particolare, erogheranno cure a bassa intensità, sovente necessarie dopo il ricovero ospedaliero e prima del rientro del paziente a domicilio. Inoltre, ogni ventimila abitanti deve essere previsto un consultorio familiare⁴². Il quadro si completa con la previsione dell'assistenza domiciliare integrata, che consiste in interventi parametrati su diversi livelli di intensità, destinati a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità.

Le linee della riforma della sanità territoriale sinora tratteggiate sono ispirate alla logica del superamento della centralità dell'ospedale, luogo ormai deputato solo alle cure ad alta intensità e alla gestione delle acuzie. L'intervento normativo si focalizza quindi sulla centralità della persona, sulla risposta ai bisogni e, dunque, sulla necessità di rafforzare le capacità del territorio, secondo quello che è stato denominato in più sedi il nuovo «archetipo antropocentrico»⁴³. A fronte di un cambiamento di paradigma tanto significativo, però, il d.m. n. 77 e la sua concreta attuazione non potranno essere da soli sufficienti: sarà necessario coordinare di conseguenza tutte le altre fonti dell'ordinamento e lavorare per una profonda condivisione di obiettivi e metodi tra Stato e Regioni, nell'ottica della leale collaborazione. L'obiettivo da perseguire è quello di assicurare l'egualianza nella distribuzione e dell'efficienza dei servizi su tutto il territorio nazionale, tentando di superare le problematiche della differenziazione territoriale che rendono tanto diversa la garanzia del diritto alla salute nella Penisola.

Come si può chiaramente evincere, dunque, l'idea alla base dell'intera riforma e, più in generale, della Missione Salute del PNRR, è quella di valorizzare la dimensione collettiva della salute, lavorando tanto sui comportamenti che possono incidere sulla salute comune, quanto sulle effettive capacità di presa in carico integrata dei bisogni individuali da parte dei servizi⁴⁴. Centrale, in questo nuovo assetto, è la digitalizzazione dei servizi, considerata uno degli strumenti utili alla personalizzazione della cura e alla valorizzazione della centralità della persona. Grazie ad essa, infatti, la domiciliarizzazione e il controllo delle condizioni del paziente sul territorio, anche a distanza, per tramite della telemedicina, consente di promuovere una migliore qualità della vita per le persone, assecondando non solo le esigenze sanitarie, ma valorizzando anche quelle relazionali, nella prospettiva della concretizzazione del principio personalista e pluralista che anima la Costituzione⁴⁵.

⁴²D.m. n. 77/2022, Allegato 2. A riguardo cfr. anche CUTTAIA 2022, 83.

⁴³Vedasi il parere del Cons. Stato 10 maggio 2022, n. 881, par. 2, con il quale è stato espresso parere favorevole sullo schema del d.m. n. 77/2022.

⁴⁴PIOGGIA 2022, 170.

⁴⁵In questi termini anche PIZZOLATO 2022b, 430.

4. *Non solo luci: a proposito di alcune criticità della riforma della sanità territoriale*

La presentazione dei contenuti della riforma della sanità territoriale ha consentito di portare in evidenza le molte promesse di questo intervento normativo e le aspettative di un miglioramento complessivo nei livelli di assistenza capillare alla popolazione. Per la verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi che il legislatore si pone, nel rispetto degli obblighi assunti con le istituzioni europee al fine dell'ottenimento dei fondi del piano Next Generation UE, sarà necessario attendere qualche tempo: le Case della Comunità devono essere istituite su tutto il territorio nazionale e il loro funzionamento deve andare a regime. Solo a fronte dei primi dati concreti sarà possibile valutare il funzionamento della riforma e la sua capacità di rispondere ai bisogni che si propone di colmare.

Nel frattempo, comunque, una prima valutazione può riguardare talune criticità che emergono dall'analisi del complesso – per quanto rapido – iter di approvazione della riforma, ma che traspaiono anche dal raffronto tra il nuovo disegno della sanità territoriale e alcune note e radicate problematiche del servizio sanitario.

Quanto al percorso di approvazione della norma, una prima criticità riguarda la mancata intesa in sede di Conferenza tra lo Stato e le Regioni e Province autonome. Durante una prima seduta, il 16 marzo 2022, erano state avanzate alcune osservazioni, in base alle quali i Ministeri competenti avevano chiesto un rinvio; nella successiva seduta l'intesa non è stata raggiunta⁴⁶. Di conseguenza, per far fronte allo stallo creatosi, il Consiglio dei Ministri, con delibera del 21 aprile 2022, ha motivato le ragioni che consentono di approvare l'atto nonostante la mancata intesa⁴⁷, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 3, d.lgs. 30 luglio 1998, n. 281⁴⁸. Nel documento, l'esecutivo fa riferimento, anzi tutto, al riparto costituzionale di competenze in materia di tutela della salute e di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, richiamando altresì la previsione,

⁴⁶ In base a quanto riportato nella delibera sostitutiva del Governo, la Regione Campania si è opposta all'intesa, nonostante il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in seguito alle prime osservazioni ricevute, fosse intervenuto sul testo del provvedimento seguendo i rilievi ricevuti.

⁴⁷ Cfr. BALDUZZI 2022, 462; CALDIROLA 2022, 172.

⁴⁸ Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022, Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», pubblicata in *G.U. Serie Generale* n. 102 del 3 maggio 2022 e disponibile sul portale web della Conferenza Stato-Regioni.

ex art. 120 Cost., dell'eventuale esercizio del potere sostitutivo⁴⁹. Il Governo sottolinea che l'approvazione del provvedimento è necessaria, per la garanzia del diritto alla salute della popolazione (art. 32 Cost.), per procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale. Inoltre, l'atto costituisce una tappa indispensabile, secondo la programmazione dell'UE, da raggiungere entro il 30 giugno 2022⁵⁰. In estrema sintesi, dunque, oltre al necessario rispetto delle tempistiche previste dal piano, bisogna rimarcare come gli standard dell'assistenza sanitaria territoriale, analiticamente descritti nel d.m. n. 77, siano considerati dal Governo parte integrante dell'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni⁵¹.

Tale circostanza conduce al secondo profilo della riforma meritevole di attenzione. Con parere n. 881/2022, il Consiglio di Stato si esprimeva favorevolmente sullo schema di regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale»⁵². Nella propria funzione consultiva, l'organismo amministrativo riprende gli obiettivi dichiarati della riforma, collegandoli sia alla Missione Salute del PNRR sia al potenziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, e sostenendone l'utilità quale veicolo per garantire cure di qualità da parte di un sistema sanitario più sostenibile. Tale disegno, ad avviso del Consiglio di Stato, permette di ovviare ad alcune attuali criticità del SSN, fra le quali la disomogeneità a livello nazionale nell'assistenza territoriale e l'oggettiva difficoltà nel far fronte ai bisogni di salute delle persone, soprattutto nelle situazioni caratterizzate da fragilità o cronicità.

Fatte queste premesse e sottolineata l'importanza strategica del documento, il Consiglio di Stato indica, però, alcuni accorgimenti di carattere formale e sostanziale ai Ministri proponenti. Fra questi, si sottolinea il mancato coinvolgimento della Commissione per l'aggiornamento dei LEA, pur prendendo atto della posizione espressa a riguardo dal Ministero della Salute, che ne considerava superata la necessità, in virtù di una modifica normativa nel frattempo occorsa⁵³.

Il punto, sebbene risolto attraverso l'accoglimento della posizione del Ministero e il conseguente suggerimento di adeguare i richiami normativi nel testo del Regolamento, non dovrebbe essere, in realtà sottovalutato. Grazie alla legge

⁴⁹ CALDIROLA 2022, 173.

⁵⁰ Circa questi aspetti del procedimento cfr. CUTTAIA 2022, 84.

⁵¹ Il provvedimento non è, comunque, esente da profili critici, su cui BALDUZZI 2022, 2.

⁵² Quello che sarebbe poi diventato il d.m. 23 maggio 2022, n. 77.

⁵³ La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA è stata istituita dall'art. 1, comma 556, l. 28 dicembre 2015, n. 208. Il Ministero della Salute sosteneva, però, che tale coinvolgimento non fosse più previsto in base all'art. 1, comma 274, l. 30 dicembre 2021, n. 234. A riguardo v. CALDIROLA 2022, 176 e BALDUZZI 2022, 464.