



1 NOVEMBRE 2023

Potenzialità e aspetti critici del nuovo  
volto della sanità territoriale, tra  
esigenze di uniformità e difficoltà  
attuative

di Lucia Busatta

Ricercatrice di Diritto costituzionale  
Università degli Studi di Trento



# Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative\*

di **Lucia Busatta**

Ricercatrice di Diritto costituzionale  
Università degli Studi di Trento

**Abstract [It]:** Dopo un inquadramento dell'assistenza sanitaria nel tessuto costituzionale e nel contesto dell'evoluzione del Servizio sanitario nazionale, il presente contributo indaga le ragioni che hanno portato alla riforma della sanità territoriale attualmente in fase di attuazione. Le Case della Comunità costituiscono il fulcro della riforma e si pongono l'obiettivo di superare la centralità dell'ospedale, per offrire una risposta più immediata ai bisogni della persona: dopo una breve descrizione di quanto previsto per tali strutture a livello normativo, saranno poste in evidenza le potenzialità e le criticità di questo cambiamento epocale, ma non più rinviabile, di approccio per la sanità italiana e per la tutela del diritto alla salute delle persone.

**Title:** Potentialities and critical aspects of the new face of territorial healthcare, between uniformity requirements and implementation difficulties

**Abstract [En]:** The contribution begins with a presentation of the right of healthcare within the constitutional framework and the evolution of the National Health Service; it secondly investigates the reasons that led to the reform of territorial healthcare that is currently being implemented. The Houses of the Community (Case della Comunità) are the fulcrum of the reform and aim to overcome the centrality of the hospital, to offer a more immediate response to the needs of the person: after a brief description of what is foreseen for these structures at a regulatory level, the essay highlights potentialities and criticalities of this epochal change of paradigm, that cannot be longer delayed, for Italian healthcare and for the protection of people's right to health.

**Parole chiave:** Diritto alla salute; PNRR; Sanità territoriale; Case della comunità; Regionalismo in sanità

**Keywords:** Right to health; Recovery Fund; Territorial healthcare; Houses of the Community (Case della comunità); Regionalism in healthcare

**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.

## 1. L'assistenza sanitaria nel quadro costituzionale

Fra le numerose riforme attualmente 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 Decreto-

---

\* Articolo sottoposto a referaggio. Una versione preliminare del presente contributo è stata presentata nel corso del convegno *Per un welfare di comunità: Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, svoltosi presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara il 23 giugno 2023, ed è ora in corso di pubblicazione nella relativa raccolta degli atti.

legge n. 34/2020 e dal successivo Decreto del Ministero della Salute n. 77/2021<sup>1</sup>. 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 preliminare del quadro costituzionale di riferimento.

La tutela costituzionale della salute, infatti, rappresenta uno dei punti di maggior inveroamento 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 persona<sup>2</sup>.

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 propri<sup>3</sup>. Tale concezione

---

<sup>1</sup> Decreto-legge n. 34/2020, 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».

<sup>2</sup> Circa queste funzioni dei diritti sociali e del diritto alla salute, in particolare, la letteratura è amplissima. Senza pretese di completezza e per alcuni riferimenti si vedano, *inter multis*, L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Atti del Congresso Celebrativo del Centenario delle Leggi amministrative di Unificazione, Neri Pozza, Vicenza, 1967-1969, pp. 103 ss.; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980, pp. 769 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e Società*, n. 1, 1983, pp. 21 ss.; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XIII, Utet, Torino, 1997, pp. 514 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Giuffrè, Milano, 2002; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in ID. (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (diretto da), *Trattato di bio diritto*, Vol. IV, Giuffrè, Milano, 2010, pp. 22 ss.; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2012; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 23 ss.; E. LONGO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana: un percorso di analisi*, in *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, n. 2, 2017, pp. 201 ss.; se si vuole, sia consentito rinviare anche a L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018, *passim*. Recentemente, in relazione alla tutela del diritto alla salute, v. anche T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2023, pp. 335 ss.

<sup>3</sup> A riguardo, *inter multis*, I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, oggi, in *BioLaw Journal*, n. 3, 2019, pp. 13 ss.; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1, 2020, p. 2. Per alcune ulteriori riflessioni a riguardo, sempre nell'ottica delle recenti riforme sanitarie, sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La riforma della sanità carceraria: ultima*

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 tramite della protezione del bene salute quale interesse della collettività. Nell'articolato dibattito che, nei lavori dell'Assemblea costituente, ha condotto all'approvazione dell'articolo 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 tramite di questo, dell'avanzamento e della crescita dell'intero ordinamento<sup>4</sup>. Al fine di realizzare tali nobili intenti, si rende però necessario presidiare e rendere effettivi i diritti per tramite di una solida e robusta struttura organizzativa, capace di forgiare e dare forma concreta alla garanzia della salute: tale complesso di 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'articolo 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'Inghilterra<sup>5</sup>. 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 sostanziale<sup>6</sup>.

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

---

*tappa di inveroamento del progetto costituzionale?*, in G. FORNASARI, A. MENGHINI (a cura di), *Salute e carcere*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2023, pp. 133 ss.

<sup>4</sup> S. ROSSI, *I principi del biodiritto in Assemblea costituente*, in *BioLaw Journal*, special issue n. 2, 2019, p. 21.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Circa questi aspetti, sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, cit., in partic. pp. 11 ss.

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 persona<sup>7</sup>.

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 legge n. 833/1978, avrebbe istituito il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito SSN), secondo il modello universalistico<sup>8</sup>. 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'articolo 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»<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>. 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. 502/1992, 517/1993 e 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,

<sup>7</sup> Cavallotti, intervento in Assemblea costituente, 22 aprile 1947.

<sup>8</sup> F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, pp. 539 ss.

<sup>9</sup> Legge n. 833/1978, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale». Per una complessiva panoramica del percorso che ha condotto alla riforma in senso universalistico della sanità italiana cfr. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3, 2018, pp. 465 ss., 465 ss.; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, n. 2, 2019, pp. 13 ss.; R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *BioLaw Journal*, n. 4, 2021, pp. 39 ss.

<sup>10</sup> Fra le principali riforme, si pensi al d.lgs. n. 502/1999, in tema di Riordino della disciplina sanitaria; al d.lgs. n. 299/1999, di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale; alla riforma del Titolo V Cost.; il d.l. 158/2012, conv. nella l. 189/2012, recante «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»; senza tralasciare le innumerevoli norme di carattere sanitario adottate durante l'emergenza pandemica e alla riforma dell'assistenza e della sanità territoriale attualmente *in fieri*, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

rappresentano il contenuto del diritto alla salute degli utenti del SSN, attraverso la previsione del numero di prestazioni che devono essere garantite a tutti, in modo uniforme sul territorio nazionale<sup>11</sup>. 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 salute<sup>12</sup>.

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 da determinare l'attivazione da parte dello Stato dei meccanismi previsti per sottoporre la Regione interessata al piano di rientro dal disavanzo sanitario, riassetto l'organizzazione dei servizi regionali e ristabilire l'equilibrio costituzionalmente necessario<sup>13</sup>.

Su questo contesto di forte differenziazione territoriale dell'organizzazione sanitaria, si sono negli ultimi anni innestate le iniziative di alcune Regioni "virtuose" da 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. 116.3 Cost.*), con la devoluzione di alcune più ampie funzioni in ambito sanitario<sup>14</sup>. 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 conclusiva<sup>15</sup>.

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

---

<sup>11</sup> Come 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. Circa la natura dei livelli essenziali delle prestazioni, nella complessa relazione che si è andata creando, a livello interpretativo, tra la clausola costituzionale citata e la disciplina dei livelli essenziali di assistenza sanitaria attualmente contenuto nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017, la letteratura è assai ampia. Per alcuni riferimenti sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La salute sostenibile*, cit., in particolare, alle pp. 37, 90 e 252 ss.

<sup>12</sup> La letteratura giuridica a riguardo è vastissima. Per un inquadramento recente v. L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2020, pp. 175 ss. Sui livelli essenziali delle prestazioni v. per tutti C. TUBERTINI, *Pubblica Amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Il Mulino, Bologna, 2008; V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, cit., pp. 445 ss.; ID., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Giappichelli, Torino, 2008.

<sup>13</sup> In argomento v. A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pacini Editore, Pisa, 2021.

<sup>14</sup> Per tutti v. L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit.

<sup>15</sup> Per una recente descrizione dello stato dell'arte dei procedimenti per il regionalismo differenziato cfr. A. LOLLO, *Prime note sul (nuovo) procedimento di attuazione del regionalismo differenziato*, in *Diritti Regionali*, n. 2, 2023, pp. 500 ss.

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 anni di definanziamento e di politiche di contenimento della spesa<sup>16</sup>. 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 che vi erano a diverso titolo coinvolti, in prima linea o nelle retrovie<sup>17</sup>.

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’urgenza<sup>18</sup>. 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, co. 1, lett. c), e dall’art. 24 del codice della protezione civile<sup>19</sup>. 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 italiana<sup>20</sup>. L’immediata e unanime approvazione da parte delle

---

<sup>16</sup> A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2, 2022, pp. 165 ss; ID., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2020, pp. 385 ss. Sul punto anche I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, cit., p. 24.

<sup>17</sup> *Inter multis* sia consentito rinviare a L. BUSATTA, M. TOMASI, *Riemergere dall’emergenza: la resilienza del pensiero giuridico contro le cicatrici del CoViD-19*, in *BioLaw Journal*, special issue n. 1, 2020, pp. 1 ss.

<sup>18</sup> E.C. RAFFIOTTA, *I poteri emergenziali del Governo nella pandemia: tra fatto e diritto un moto perpetuo nel sistema delle fonti*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2021, pp. 63 ss.

<sup>19</sup> 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’articolo 7, comma 1, lettera c), e dall’articolo 24, comma 1, del decreto legislativo n. 1 del 2018, per la dichiarazione dello stato di emergenza.

<sup>20</sup> Come è noto, il decreto-legge 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”.

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 più<sup>21</sup>.

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 Servizio sanitario nazionale 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. *lockdown*.

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 affrontato 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 finanziamenti<sup>22</sup>. La sostanziale mancanza di quei «sensori» capillari<sup>23</sup> 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 sostenibilità<sup>24</sup>, 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

---

<sup>21</sup> Ci si riferisce, in particolare, al DL n. 18/2020 (c.d. Cura Italia), al D.L. n. 34/2020 (c.d. Decreto rilancio, su cui più diffusamente *infra*), al D.L. n. 104/2020. Anche nel 2021, si è intervenuti con la determinazione dell'aumento delle risorse destinate alla sanità. Cfr. A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, cit., p. 166.

<sup>22</sup> A questo proposito anche M. COSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 1, 2022, p. 211.

<sup>23</sup> F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, p. 263.

<sup>24</sup> L. BUSATTA, *La salute sostenibile*, cit., *passim*.

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'Unione europea rispetto ai servizi sanitari nazionali. In base alle disposizioni dei Trattati, infatti, le istituzioni dell'UE godono di una competenza molto limitata in questo settore<sup>25</sup>. In base agli articoli 6 e 168.7 del 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 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'UE<sup>26</sup> 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"<sup>27</sup>. 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

---

<sup>25</sup> Come previsto dall'articolo 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.

<sup>26</sup> Si pensi al "mercato interno" (art. 4.2.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).

<sup>27</sup> S. PENASA, *La "salute in tutte le politiche": presupposti teorici e fondamento costituzionale. Il Trentino come laboratorio istituzionale*, in *Federalismi.it, Osservatorio di diritto sanitario*, novembre 2015, pp. 1 ss.

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 pubbliche<sup>28</sup>. 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 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<sup>29</sup>. 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 prescrizioni<sup>30</sup>. I contenuti del decreto sono in seguito stati assorbiti all'interno del d.P.C.M. del 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 Servizio Sanitario Nazionale, 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 sanitari<sup>31</sup>.

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 di un intervento sanitario grazie ad

---

<sup>28</sup> In argomento cfr. N. VETTORI, *Diritto pubblico e diritto privato nella gestione dei servizi sanitari: il rapporto tra l'amministrazione e il gestore del servizio*, in *Munus*, n. 1, 2021, pp. 121 ss.; E. CARUSO, *Il rapporto pubblico e privato nel servizio sanitario: tra oscillazioni e fibrillazioni*, in S. BUOSO, A. PASSARO (a cura di), *Organizzazione e lavoro in sanità*, Giappichelli, Torino, 2023, pp. 9 ss.

<sup>29</sup> Ne tratta, recentemente, D. MORANA, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le Corti": vecchie e nuove questioni*, in *Rivista di Diritti Comparati*, n. 1, 2022, p. 18.

<sup>30</sup> 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. art. 9-quater del 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. In commento alla sentenza della Corte costituzionale v. P. GIANGASPERO, *Ancora una variazione sul tema di tecnica, scienza e diritto: indicazioni di erogabilità e appropriatezza terapeutica, diritto alla salute, prescrizioni mediche «in scienza e coscienza» e vincoli alle Regioni*, in *Le Regioni*, n. 1, 2018, pp. 133 ss.

<sup>31</sup> Per un approfondimento su queste tematiche sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *La salute sostenibile*, cit.

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 europea<sup>32</sup>, 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 sanitarie<sup>33</sup>.

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 via<sup>34</sup>. 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 enumerati<sup>35</sup>.

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

---

<sup>32</sup> A riguardo v. A. ALEMANNI, A.L. SIBONY (a cura di), *Nudge and the Law. A European Perspective*, Oxford University Press, Oxford, 2015.

<sup>33</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, *Review of determinants and the health divide in the WHO European Region: executive summary*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 2014.

<sup>34</sup> A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, in *BioLaw Journal*, n. 1, 2014, pp. 87 ss.; D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *BioLaw Journal*, special issue n. 2, 2019, p. 398.

<sup>35</sup> Sul punto sia consentito rinviare a L. BUSATTA, *Partecipazione, inclusione e interoperabilità: l'ottimizzazione dei servizi alla persona nella smart city sostenibile*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, Mimesis, Milano-Udine, 2021, p. 592.

territoriali, dislocate sul territorio e mirate alla piena integrazione dell'assistenza socio-sanitaria alla popolazione<sup>36</sup>.

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 promuove il c.d. approccio OneHealth, in cui salute, ambiente e clima sono considerate congiuntamente in una visione olistica e globale di salute<sup>37</sup>.

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 DL 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 Decreto Ministeriale n. 77/2022. 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 sanitaria<sup>38</sup>: a rigore, infatti, la materia oggetto della riforma ricade nella tutela della salute e, in particolare, nell'organizzazione sanitaria, ambiti che spettano alla competenza concorrente e che, per la normativa di dettaglio, dovrebbero essere regolate a livello regionale. Tuttavia, stante l'inequivocabile (e, a parere di chi scrive, condivisibile) esigenza di

---

<sup>36</sup> 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. F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1, 2022, p. 421.

<sup>37</sup> Cfr. G. RAGONE, *One Health e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2022, pp. 809 ss.

<sup>38</sup> F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, in *Federalismi.it*, n. 23, 2022, p. 91.

unitarietà della disciplina, il legislatore statale ha previsto che ad occuparsi della disciplina di dettaglio della sanità territoriale e, più nello specifico, della dotazione delle nuove Case della Comunità, fosse l'esecutivo, attraverso una fonte secondaria<sup>39</sup>.

L'articolo 1 del decreto-legge 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 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 aspettanza 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 Decreto Ministeriale n. 77/2022 (di seguito DM 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 decreto ministeriale 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.

---

<sup>39</sup> Secondo quanto già stabilito dalla Corte costituzionale, a partire dalla sentenza n. 303 del 2003.



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 servizi<sup>40</sup>. Più nel dettaglio, ciò avviene per 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 *equipe* multiprofessionali, l'attenzione alla popolazione secondo un approccio basato sui bisogni, la digitalizzazione dei servizi, nonché la promozione della co-progettazione<sup>41</sup>.

In particolare, ciò che è di stretto interesse per comprendere la concreta articolazione della nuova Assistenza territoriale disegnata dal DM 77 può essere ricostruito a partire dai suoi Allegati 1 e 2. Il primo descrive l'articolazione delle 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 dati<sup>42</sup>. 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»<sup>43</sup>.

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

---

<sup>40</sup> F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, cit., p. 80.

<sup>41</sup> Tali interventi sono descritti più nel dettaglio in F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, cit., p. 81 e D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus-online*, n. 5, 2022, p. 171.

<sup>42</sup> La fonte di riferimento a riguardo è rappresentata dall'articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020, grazie a modelli predittivi costruiti a partire dalla significativa mole di dati digitali già a disposizione.

<sup>43</sup> DM 77/2022, Allegato 1, paragrafo 5.

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 settimana<sup>44</sup>.

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 da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni, infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie; 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 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 familiare<sup>45</sup>. 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 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»<sup>46</sup>. A fronte di un cambiamento di paradigma tanto significativo, però, il DM 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'eguaglianza 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.

---

<sup>44</sup> DM 77/2022, Allegato 2.

<sup>45</sup> DM 77/2022, Allegato 2. A riguardo cfr. anche F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, cit., 83.

<sup>46</sup> Vedasi il parere del Consiglio di Stato n. 881/2022, par.2, con il quale è stato espresso parere favorevole sullo schema del d.m.

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 servizi<sup>47</sup>. 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 Costituzione<sup>48</sup>.

#### **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 raggiunta<sup>49</sup>. Di conseguenza, per far fronte allo stallo creatosi, il Consiglio dei Ministri, con delibera del 21 aprile 2022, ha motivato le ragioni che consentono

---

<sup>47</sup> A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, cit., p. 170.

<sup>48</sup> In questi termini anche F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, cit., p. 430.

<sup>49</sup> 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.

di approvare l'atto nonostante la mancata intesa<sup>50</sup>, secondo quanto previsto dall'art. 3, co. 3, del d.lgs. n. 281/1998<sup>51</sup>. 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, *ex art.* 120 Cost., dell'eventuale esercizio del potere sostitutivo<sup>52</sup>. 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'Unione europea, da raggiungere entro il 30 giugno 2022<sup>53</sup>. 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 DM 77, siano considerati dal Governo parte integrante dell'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>54</sup>.

Tale profilo conduce al secondo profilo della riforma meritevole di attenzione. Con parere n. 881/2022, il Consiglio di Stato esprimeva il proprio parere, favorevole, sullo schema di regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale»<sup>55</sup>. 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

---

<sup>50</sup> Cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2, 2022, p. 462; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 172.

<sup>51</sup> 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 GU Serie Generale n.102 del 03-05-2022 e disponibile sul portale web della Conferenza Stato-Regioni.

<sup>52</sup> D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 173.

<sup>53</sup> Circa questi aspetti del procedimento cfr. F.G. CUTTAIA, *La riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e le problematiche connesse alla sua attuazione*, cit., p. 84.

<sup>54</sup> Il provvedimento non è, comunque, esente da profili critici, su cui R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 462.

<sup>55</sup> Cons. Stato, ad. 10 maggio 2022, n. 881, reperibile sul sito istituzionale.

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 occorsa<sup>56</sup>.

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 di bilancio per il 2022, infatti, sono stati stanziati dei fondi annuali volti all'aggiornamento dei LEA che, in base al d.P.C.M. del 2017, dovrebbe avvenire periodicamente<sup>57</sup>. Un migliore coordinamento, a tale proposito, avrebbe forse giovato da ambo i lati. A ciò si aggiunga che il medesimo provvedimento ha stabilito la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) che, unitamente ai LEA<sup>58</sup>, saranno essenziali per l'effettivo funzionamento della sanità territoriale integrata immaginata nella riforma e per la concreta risposta ai bisogni della popolazione<sup>59</sup>.

I profili evidenziati dal Consiglio di Stato non rappresentano solamente osservazioni di dettaglio, ma mirano a verificare le modalità attraverso le quali la riforma della sanità territoriale andrà a interagire nell'assetto attuale del SSN. Proprio a tale riguardo, preme evidenziare come l'adunanza suggerisca un intervento dell'esecutivo, con gli strumenti normativi e regolamentari a disposizione, per il coordinamento delle fonti. Nello schema di regolamento – si nota – mancano infatti forme di raccordo con la disciplina già esistente, frutto a sua volta di una progressiva stratificazione che restituisce l'immagine di un quadro normativo complesso, articolato e spesso frastagliato. Un intervento di semplificazione consentirebbe, peraltro, di espungere dall'ordinamento le norme superate, con un oggettivo vantaggio in termini di chiarezza del diritto.

Al di là di questi nodi di carattere procedurale o attinenti al rapporto tra le fonti del diritto, vi sono anche un paio di profili che, soprattutto in prospettiva, potrebbero costituire possibili punti deboli della riforma, se non correttamente gestiti.

---

<sup>56</sup> La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA è stata istituita dall'art. 1, co. 556 della l. n. 208/2015. Il Ministero della Salute sosteneva, però, che tale coinvolgimento non fosse più previsto in base all'art. 1, co. 274, della l. n. 234/2021. A riguardo v. D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 176 e R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 464.

<sup>57</sup> L'art. 1, co. 288, della legge n. 234 del 2021 stanziava, a partire dal 2022, l'importo annuo di 200 milioni di euro, per l'aggiornamento dei LEA.

<sup>58</sup> Per la definizione dei LEA e delle loro funzioni, si veda la giurisprudenza della Corte costituzionale. Una definizione efficace è, ad esempio, riportata nella sentenza n. 72/2020, secondo cui: «rappresentano “standard minimi” da assicurare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale affinché sia evitato che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato essendo limitata la possibilità delle singole Regioni, nell'ambito della loro competenza concorrente in materia di diritto alla salute, a migliorare eventualmente i suddetti livelli di prestazioni. (Corte cost., sent. n. 72/2020)».

<sup>59</sup> Cfr. art. 1, co. 159, della legge n. 234 del 2021, che definisce i LEPS come «interventi, servizi attività e prestazioni integrate che la Repubblica assicura con universalità su tutto il territorio nazionale per garantire pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità».

Anzi tutto, e come già evidenziato in dottrina, l'integrazione dei servizi socio-sanitari e il forte impulso sui distretti sanitari e sul territorio aprono ad una problematica non inedita per la disciplina del SSN e che concerne il particolare rapporto dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con il servizio sanitario. Come è noto, si tratta di figure professionali che non lavorano quali dipendenti del Servizio pubblico, ma che operano all'interno di esso in regime di convenzione<sup>60</sup>. Con l'istituzione delle Case della Comunità e con la necessità di garantire gli standard delle prestazioni, le ore di assistenza primaria e una serie di servizi previsti dal regolamento governativo, il sistema attuale richiederà quanto meno qualche revisione, soprattutto nella prospettiva di garantire la continuità assistenziale e la copertura oraria delle Case di Comunità, nei termini assai ampi indicati nel Regolamento ministeriale<sup>61</sup>.

Non si tratterà però di un intervento semplice. Come è noto, il SSN non sta solamente fronteggiando le problematiche di sostenibilità descritte e i complessi assestamenti richiesti dalle riforme: un problema profondo e di non facile soluzione che attanaglia ogni livello organizzativo dell'amministrazione sanitaria italiana riguarda la carenza di medici, ormai giunta a livelli drammatici a causa di un insufficiente turnover e di una progressiva "fuga" di alcuni dal Servizio pubblico, verso la sanità privata<sup>62</sup>. Si tratta di un elemento che non può in alcun modo essere sottovalutato, in considerazione delle scadenze perentorie del PNRR e della necessità di garantire l'effettività dei servizi.

Sullo sfondo si stagliano, poi, alcune probabili resistenze politico-culturali<sup>63</sup> che, in aggiunta alle criticità già evidenziate per i medici e i pediatri, potrebbero toccare il rapporto tra SSN ed enti locali, le possibili vie di integrazione delle residenze sanitarie-assistenziali (RSA) nel nuovo tessuto della sanità territoriale, ancora, la presenza effettiva e funzionale della figura dello psicologo di base nelle Case della Comunità<sup>64</sup>. Il profilo delle nuove relazioni che dovranno costituirsi con i Comuni e con le altre realtà amministrative e politiche collegate agli Enti locali appare, in particolare, determinante. Affinché la sanità territoriale sia veramente e profondamente integrata nel tessuto sociale della comunità cui deve fare riferimento è,

---

<sup>60</sup> Sul punto, G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, p. 510.

<sup>61</sup> D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 180. Le Regioni, a partire dal 2021, hanno iniziato ad elaborare alcune ipotesi di riforma, dalle quali emerge che una fra le formule realizzabili per regolare il rapporto tra questi medici e il SSN potrebbe essere quella dell'accreditamento, abbinato ad un Accordo collettivo nazionale che definisca gli impegni orari e intervenga sul sistema retributivo. Un'alternativa potrebbe essere rappresentata dalla pubblicizzazione del rapporto, rendendo anche queste figure professionali dipendenti del SSN a tutti gli effetti. Cfr. C. BOTTARI, P. DE ANGELI, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *Federalismi.it*, 1 giugno 2022, p. 4.

<sup>62</sup> Sul rapporto tra medici generici e pediatri con il SSN e sull'ormai patologica carenza di medici, nell'ottica della realizzazione degli obiettivi del PNRR, cfr. anche G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, cit., p. 510.

<sup>63</sup> R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 470 ss.

<sup>64</sup> Circa quest'ultimo aspetto, in particolare, è curioso osservare come i rappresentanti di psicologi e farmacisti siano rimasti esclusi dal gruppo di lavoro sulle Case della Comunità che Agenas con deliberazione n. 339 del 14 settembre 2023. A tale proposito, D. LAZZARI, *Una singolare dimenticanza da parte di Agenas*, in *Quotidiano sanità*, 18 settembre 2023.

infatti, necessario che le Case della Comunità e gli altri strumenti introdotti la riforma in parola non rimangano isole scollegate dalle altre istituzioni. È indispensabile, invece, che queste strutture si coordinino e lavorino in maniera integrata con le altre istituzioni territoriali, affinché la presa in carico socio-assistenziale delle persone sia realmente garantita e non si creino vuoti di comunicazione o inefficienze nella garanzia dei servizi. Dal punto di vista della salute della comunità, che rappresenta la nuova lente con cui guardare all'intervento sanitario, non si può non considerare un intervento strategico che coinvolga anche le strutture che, sul territorio, si occupano delle non autosufficienze, delle disabilità e dell'età anziana<sup>65</sup>.

Analogamente, uno spicchio non trascurabile di promozione della salute e di prevenzione dovrà tenere in considerazione, da un lato, il lavoro sugli stili di vita sani e un investimento (anche di carattere strutturale) sui determinanti sociali della salute; dall'altro lato, non può nemmeno essere trascurata la prevenzione dedicata all'infanzia, ad esempio attraverso la vigilanza sanitaria scolastica oppure progetti relativi alla promozione dello sport, della vita attiva e dell'attenzione all'educazione nutrizionale<sup>66</sup>.

## **5. Conclusioni: verso il nuovo volto del SSN, tra promesse e problemi aperti**

L'analisi condotta porta a considerare la riforma della sanità territoriale un passaggio fondamentale per il rinnovamento di cui il Servizio sanitario nazionale aveva bisogno, ormai da troppo tempo. Le problematiche di sostenibilità di cui si è trattato, già prima dell'emergenza sanitaria, avevano infatti aperto numerosi e crescenti vuoti di tutela ed evidenziato inefficienze e criticità che hanno reso progressivamente più complessa e difficile la garanzia del diritto alla salute in maniera universalistica, secondo il disegno costituzionale di cui si è dato conto. In aggiunta, a peggiorare ulteriormente una situazione già fragile ha contribuito la recente "fuga nel privato" da parte di pazienti che dispongono di risorse economiche per ricevere le prestazioni sanitarie di cui abbisognano senza dover attendere tempi inaccettabili di liste d'attesa eccessive e, al contempo, di medici e altri professionisti sanitari esasperati da orari e ritmi di lavoro pressanti, spesso privi di adeguate soddisfazioni o esposti ai rischi personali e legali non trascurabili.

L'investimento nella sanità territoriale, di fronte a questo quadro, rappresenta l'occasione da non perdere per salvaguardare l'universalismo del SSN e, con ogni probabilità, la sua stessa esistenza. Le linee direttrici dell'intervento, come si è evidenziato, puntano al superamento della centralità dell'ospedale, luogo ormai riservato solamente alla gestione delle acuzie, ad una più efficace presa in carico delle cronicità e delle

---

<sup>65</sup> In questa prospettiva anche R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 472.

<sup>66</sup> Per una fotografia attuale dello stato dell'arte nell'attuazione di quanto previsto per la riforma della sanità territoriale, v. AGENAS, *Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022*, pubblicato in data 19 settembre 2023 e disponibile sul portale istituzionale di Agenas.

fragilità, favorendo la valorizzazione della persona e dei suoi bisogni, in una visione olistica della medicina e della cura. Gli strumenti a tal fine previsti puntano, anzi tutto, alla prossimità, attraverso le strutture descritte, ma anche ad un complessivo avanzamento tecnologico ed organizzativo del comparto sanitario, da realizzarsi mediante la piena digitalizzazione dei servizi, il miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, la promozione della multiprofessionalità nei servizi sanitari e l'investimento nella formazione e nella ricerca<sup>67</sup>.

Dinanzi a tali (ambiziose) promesse restano, però, alcuni problemi aperti.

Il primo di essi – e quello forse più strutturale – richiama quanto segnalato, pur indirettamente, dal Consiglio di Stato nel proprio parere. Un punto che deve essere tenuto presente e affrontato riguarda, infatti, le modalità di integrazione del nuovo volto della sanità territoriale con la complessa stratificazione delle norme di riferimento in materia e con un quadro che, anche in termini di articolazione delle competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni, da oltre vent'anni è caratterizzato da un contenzioso senza posa e da un crescente divario nella garanzia in concreto delle prestazioni<sup>68</sup>.

A complicare ulteriormente tale intricata matassa concorrono sia il procedimento di definizione e aggiornamento, rispettivamente, dei LEPS e dei LEA che, dal punto di vista della garanzia in concreto delle prestazioni, incideranno in modo non irrilevante sulle attività delle Case della Comunità e delle altre strutture previste e sulle prestazioni che queste dovranno garantire.

In aggiunta, e in modo forse più preoccupante, si pone il tema del regionalismo differenziato rispetto all'adempimento degli obiettivi del PNRR, anche in ambito sanitario. I procedimenti per l'ottenimento di forme e condizioni particolari di autonomia secondo quanto previsto dall'art. 116, comma terzo, Cost. e avviati da alcune Regioni prima dell'emergenza pandemica, come è noto, sono recentemente ripresi dopo la pausa imposta dalla crisi sanitaria. Fra gli ambiti in cui gli enti territoriali stanno contrattando un ruolo più attivo, la materia sanitaria riveste un ruolo centrale, anche in ragione del volume di risorse che essa occupa nei bilanci pubblici<sup>69</sup>.

La riforma della sanità territoriale dovrebbe procedere in autonomia rispetto a questi percorsi, sia per le esigenze fondamentali di uniformità già manifestate dall'esecutivo nel provvedimento che ha consentito di superare la mancata intesa in seno alla Conferenza Stato-Regioni, sia per l'evidente esigenza di soddisfare in tempo i vincoli europei. Non si può, tuttavia, non pensare che, quando anche questi

---

<sup>67</sup> Si tratta delle linee previste dalla Missione Salute del PNRR.

<sup>68</sup> A tale fenomeno G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, p. 302 fa riferimento in termini di «regionalismo differenziato di fatto».

<sup>69</sup> Non sono però esenti profili critici relativi al riconoscimento di un'autonomia ulteriore in ambito sanitario, su cui, *inter multis*, v. G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, cit., p. 313.

procedimenti giungeranno a termine, qualche possibile interazione potrebbe portare in luce problematiche, soprattutto attuative ed applicative, sinora rimaste latenti<sup>70</sup>.

Un altro fronte determinante è quello della digitalizzazione: l'investimento sull'effettiva transizione digitale anche dei servizi sanitari non è più rimandabile e da troppi anni si attende la concreta realizzazione del Fascicolo sanitario elettronico, rimasto lettera morta in molte Regioni italiane. Da tale punto di vista, anche in considerazione della crescente mobilità interregionale per motivi di studio, lavoro o svago, non si può non pensare di lavorare sull'interoperabilità dei servizi sanitari regionali, la cui attuale impossibilità di comunicare appare del tutto anacronistica. A tal fine, però, gli altri obiettivi del PNRR rivestono un ruolo determinante: senza adeguate infrastrutture digitali e di rete e senza la strumentazione necessaria, anche la digitalizzazione dei servizi sanitari, importante strumento per la garanzia di effettività del diritto alla salute, resta inattuabile<sup>71</sup>.

La dimensione olistica e la personalizzazione dei servizi portano, infine, a sottolineare l'importanza non solo dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali che si è più volte evidenziata. Come espresso nello stesso piano di ripresa e resilienza (in particolare, nella Missione 6), il settore pubblico, da solo, non può raggiungere gli ambiziosi obiettivi che si prefigge. È necessaria la piena valorizzazione del c.d. welfare comunitario, in base alla quale lo Stato si fa promotore di rapporti collaborativi con cittadini singoli e associati, nel perseguimento dell'interesse generale. Protagonista di tali relazioni è, evidentemente, il terzo settore, nella prospettiva di ulteriore promozione e inveroamento dei principi costituzionali di solidarietà sociale, pluralismo e centralità della persona di cui si è dato conto in apertura.

La riforma della sanità territoriale, nel contesto che è stato qui tratteggiato, si pone in linea con la realizzazione dei principi costituzionali e con l'inveroamento di quel disegno di centralità della persona, pluralismo e solidarietà sociale che ha animato il progetto costituente. La sua attuazione rappresenta, oggi, l'occasione da non perdere per recuperare l'universalismo e la capacità di rispondere ai bisogni alla base del Servizio sanitario nazionale, ristabilendo un equilibrio in cui «il sistema di governo della salute si

---

<sup>70</sup> Si consideri, ad esempio, che, per quanto riguarda la determinazione del LEP nelle materie che possono essere oggetto di autonomia differenziata, la legge di bilancio per il 2023 (legge 29 dicembre 2022, n. 197, articolo 1, commi da 791 a 801) ha istituito una Cabina di regia che dovrà curare un procedimento ad hoc a partire da una ricognizione del quadro normativo di riferimento, al fine di giungere alla determinazione dei LEP e dei costi e fabbisogni standard in tali specifici ambiti. Cfr. il Dossier a cura della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, A.S. 615, 3 maggio 2023, disponibile all'indirizzo <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01375767.pdf>. In argomento G.M. SALERNO, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *Federalismi.it*, n. 1, 2023, pp. iv ss.

<sup>71</sup> In argomento, cfr. per tutti A. MAZZA LABOCETTA, *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in *Federalismi.it*, n. 22, 2023, pp. 135 ss.



configuri in conformità a criteri serventi e funzionali al modo di essere della pretesa soggettiva»<sup>72</sup> e non viceversa.

---

<sup>72</sup> S. ROSSI, *I principi del biodiritto in Assemblea costituente*, cit., p. 21.