

# Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. *Milestones* per un confronto

Renato Balduzzi\*

THE RIGHT TO HEALTH DURING AND AFTER THE PANDEMIC. MILESTONES FOR A COMPARISON

ABSTRACT: The essay recalls the long debate on the evolution of the Italian health care service, with a particular focus on its origins and its founding principles. These are identified as milestones of right to healthcare and serve as a basis for a discussion on remedies and malfunctions highlighted during the pandemic emergency.

KEYWORDS: Right to healthcare; healthcare organisation; Italian healthcare service; legal reforms; Recovery and Resilience Plan

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. Un sistema sanitario costruito con attenzione e lungimiranza – 3. Cambiare il Titolo V? È proprio ciò che non va fatto ... – 4. Un aggiornamento, sì, ma nel senso di una seria volontà istituzionale e politica di attuare gli strumenti previsti – 5. Alcune (provvisorie) conclusioni.

## 1. Premessa

La pandemia ha potenziato il dibattito, sempre ricorrente, sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, servendo anche a ricordarne l'importanza e ad ammonirci contro i rischi della sua destrutturazione, che le proposte di c.d. regionalismo differenziato, attive ancora nei giorni successivi alla dichiarazione dello stato di emergenza nazionale, facevano appalesare. Per potere pensare di trarre qualche profitto dalla tragedia, proviamo, con umiltà, a cercare di individuare alcuni punti fermi, quasi pietre miliari, che possano essere largamente condivisi, cominciando da quelli che rischiano di essere dati per scontati da critici frettolosi e demagoghi improvvisati.

## 2. Un sistema sanitario costruito con attenzione e lungimiranza

Il primo punto riguarda i rami alti del sistema, cioè l'impianto costituzionale della salute o, per dirla con una formula ad effetto ancorché più riduttiva, la Costituzione sanitaria del nostro Paese, e la sua formazione in sede di Assemblea costituente.

Vi sono molteplici indizi circa la consapevolezza, presente in molti costituenti, della multivalenza della nozione di salute, della complessità strutturale del relativo diritto<sup>1</sup> e dei molteplici legami tra esso e i profili organizzativi dei servizi sanitari.

\* Professore ordinario di Diritto costituzionale, Facoltà di Giurisprudenza, Università Cattolica del Sacro Cuore. Mail: [renato.balduzzi@unicatt.it](mailto:renato.balduzzi@unicatt.it). Contributo su invito.

<sup>1</sup> R. BALDUZZI, voce *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, 5394. *Com-plexus*, si sa, rimanda nell'etimo al significato di "tessuto insieme", e dunque intrecciato, embricato: il "fondamentale diritto dell'individuo", di cui all'art. 32 Cost., esemplifica bene siffatta complessità, accentuata

Sotto il primo profilo, fu ben presente, a molti dei costituenti, la definizione coeva di salute adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 1946<sup>2</sup>, incentrata sul superamento della ristretta prospettiva dell'assenza di malattia e sulla valorizzazione dei tre profili del completo stato di benessere fisico, psichico e sociale, e dunque sullo spettro ampio delle politiche di salute, necessariamente riferite non soltanto alle prestazioni sanitarie, ma a tutti quei settori ed ambiti che vengono a influenzare la salute.

Sotto il secondo profilo, sin dai primi testi proposti dal Gruppo medico parlamentare, cui si deve l'impianto di base della normativa costituzionale in tema di salute, emersero i tratti di quella complessità strutturale: la doppia qualificazione oggettiva come diritto ed interesse e la doppia titolarità individuale e collettiva; la gratuità o meno delle cure e la loro adeguatezza; i versanti igienistico-preventivo, promozionale e assistenziale-terapeutico della tutela; l'imputazione soggettiva del dovere di tutela e la configurazione dell'organizzazione sanitaria; il diritto a rifiutare le cure e il divieto di pratiche sanitarie contrarie alla dignità umana.

Sotto il terzo profilo, le proposte di alcuni costituenti sulla necessità di indicare, nella medesima disposizione costituzionale concernente la tutela della salute, le linee essenziali dell'organizzazione del futuro sistema sanitario, saldando strettamente livello centrale e livelli periferici, restano significative, ancorché alla fine non accolte, della consapevolezza del collegamento tra il piano del diritto e quello dell'organizzazione incaricata di assicurarne la tutela<sup>3</sup>.

In altre parole: la derivazione della tutela della salute, in quanto fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, dai principi costituzionali di eguaglianza sostanziale e di solidarietà (superando impostazioni paternalistiche e, si direbbe oggi, "compassionevoli"), e lo stretto legame tra la garanzia di tale diritto e l'organizzazione dei servizi sanitari che concorrono ad assicurarne la tutela, furono acquisizioni preziose che aiutarono il percorso successivo.

---

dalla circostanza che, in sede di coordinamento finale del testo costituzionale, l'aggettivo "fondamentale" venne riferito non soltanto al diritto individuale, ma altresì all'interesse della collettività. Che l'aggettivo fondamentale, nell'art. 32 Cost., regga entrambe le specificazioni della tutela della salute, è acquisizione risalente, a partire da V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. soc.*, 1982, 564; da ultimo, si v. D. MORANA, *La fondamentalità del diritto e dell'interesse della collettività alla salute: metamorfosi di una garanzia costituzionale, dal caso Ilva ai tempi della pandemia*, in Id., (a cura di), *I diritti costituzionali in divenire. Tutele consolidate e nuove esigenze di protezione*, Napoli, 2020, 162. La consapevolezza di questa duplice fondamentalità è cresciuta proprio attraverso l'esperienza della pandemia da SARS-CoV-2; su alcune conseguenze di tale drammatica vicenda v. R. BALDUZZI, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale? (con un approfondimento su un ente poco conosciuto, l'INMP)*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2020, 65 ss. Da solo, il diritto alla salute può anche non venire considerato come assolutamente prevalente (Corte cost., sente, n. 185 del 2013, c.d. *Ilva 1*), ma, nell'intreccio con l'interesse della collettività, può e, in certi casi, deve prevalere ("tirannico"? No: semplicemente basico, "fondamentale" appunto, cioè dove tutto nasce).

<sup>2</sup> Più precisamente. nel Preambolo del suo Atto costitutivo (*Constitution of the World Health Organisation*, 1946), da completarsi naturalmente con la Dichiarazione di Alma Ata (1978) sull'assistenza sanitaria primaria e con i principi della Carta di Ottawa per la promozione della salute (1986); quest'ultimo documento resta importante per cogliere il profilo dinamico (la salute è una «risorsa per la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere») della nozione di salute internazionalmente accolta: sul punto, v. gli utili spunti di M. BERTINI, *Promozione della salute e del benessere*, in *L'Arco di Giano*, 106, 2020, 11-23.

<sup>3</sup> Per sviluppi su questi profili nel dibattito in Assemblea costituente, v. R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in questa *Rivista*, 2, 2019, 382 ss.

Tale percorso, ancorché tutt'altro che agevole, a causa del peso degli interessi costituiti attorno al sistema mutualistico e delle inevitabili resistenze professionali<sup>4</sup>, riuscì a sfociare nell'istituzione del Servizio sanitario nazionale con la legge n. 833 del 1978: un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) e che ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le diseguaglianze territoriali e le conseguenti disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle<sup>5</sup>.

Un siffatto modello universalistico di Ssn ha sempre incontrato resistenze, le quali anzi costituiscono una sorta di *fil rouge* dei decenni successivi alla legge n. 833. A cominciare fu l'art. 9 del d. lgs. n. 502/1992 con la previsione di «forme differenziate di assistenza»<sup>6</sup>, poi arrivarono le proposte degli anni Novanta in tema di livelli «minimi»<sup>7</sup> e le richieste di referendum presentate dai radicali nel 1997 e nel 2000 (e dichiarate inammissibili dalla Corte costituzionale: sentt. n. 37 del 1997 e n. 43 del 2000): nel complesso, tuttavia, le quattro «riforme della riforma» sinora intervenute (d.lgs. 502/1992; d.lgs. 517/1993; d.lgs. 229/1999; d.l. 158/2012, conv. nella l. 189/2012)<sup>8</sup>, hanno consolidato il Ssn, avendo

<sup>4</sup> Su queste difficoltà, è illuminante F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2018, 539 ss.; ID., *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, con presentazione di R. BALDUZZI, Roma, 2019, 34 ss.

<sup>5</sup> Per alcune considerazioni di attualità sul punto, v. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2019, 1-15; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2, 2020.

<sup>6</sup> Che avrebbero aperto la strada alla sanità "a doppio pilastro" e che furono prontamente corrette, ripristinando la distinzione tra prestazioni integrative di quanto garantito dal Servizio sanitario nazionale, e prestazioni sostitutive del medesimo, con il d. lgs. n. 517 del 1993, figlio della stessa "madre", cioè la l. n. 421/1992, rispetto al d.lgs. n. 502/1992, ma con un "padre" diverso, per via dei diversi Governi che li approvarono, e in particolare del diverso Presidente del Consiglio dei ministri e del diverso Ministro della sanità.

<sup>7</sup> Sulla distinzione tra livelli "minimi" e livelli "essenziali" rinvio a R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, 57 ss.). Le oltre seimila tipologie di prestazioni racchiuse nei Lea, che svolgono l'impianto costituzionale e connotano in modo non riduttivo la sanità "sostenibile", sono un giusto vanto del nostro Paese, con buona pace dei "benaltristi" di oggi e di ieri: un risultato reso possibile anche dall'introduzione dei vituperati d.r.g. e che, come si vedrà nel § 3, va completato con un analogo sforzo per quanto attiene al profilo socioassistenziale del bisogno.

<sup>8</sup> Un quadro di sintesi in R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2018, 465 ss. La numerazione tradizionale, anche tra i giuristi, unificava i decreti di riordino del 1992-1993, sottovalutando la portata dirompente, rispetto al modello universalistico, della previsione, contenuta nell'originario art. 9 del d.lgs. n. 502/1992, di forme di assistenza differenziata (o "forme differenziate di assistenza", come si esprimeva la rubrica del medesimo articolo), che metteva seccamente in discussione l'universalità del sistema e si compenetrava, nello spirito della legge delega n. 421/1992, con la previsione di una mera soglia minima di prestazioni, da assicurare in base alle risorse assegnate (sul punto rinvio al mio *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, 57 ss.). Per la proposta di numerare diversamente le riforme sanitarie rinvio a due miei scritti: *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Studi in onore di Gianni Ferrara*, Torino 2005, 253 e nt. 8; *Quanti sono i sistemi sanitari italiani? Un'introduzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali, tra autonomie e coerenze di sistema*, Milano, 2005, 10; v., successivamente, A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità. Una lettura sinottica di snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 12 ss., e ora B. PEZZINI, *Il*

finito per prevalere, tra i possibili approcci di politica sanitaria, quello consistente sia nella valorizzazione in chiave universalistica del principio costituzionale di solidarietà sociale (art. 2 Cost.), sia nella nozione di livelli essenziali di assistenza, intesi come necessari e appropriati, che hanno anticipato i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», ai sensi della lettera *m*) del secondo comma dell'art. 117 della Costituzione, nel testo introdotto dalla riforma del Titolo V del 2001, e che costituiscono la conferma dell'altro principio cardine del Servizio sanitario nazionale, quello di globalità.

I connotati di fondo del sistema sanitario sono rimasti inalterati anche durante il difficile triennio 2011-2013, nel corso del quale, a fronte di una drammatica situazione economico-finanziaria dell'intero Paese, il settore sanitario è comunque riuscito ad esprimere capacità di autovalutazione e volontà di riscossa: si pensi, in particolare, alla parte dedicata alla sanità della c.d. *spending review* (art. 15 d.l. n. 95/2012, che ha, tra l'altro, dato origine agli standard ospedalieri previsti nel d.m. 2 aprile 2015, n. 70, considerati specificazioni dei livelli essenziali di assistenza) e al d.l. n. 158/2012, significativamente intitolato *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*, il cui art. 1, dedicato al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale, costituisce il *pendant* della riforma ospedaliera, confermando l'unitarietà della rete dei servizi sociosanitari, articolati in una sottorete ospedaliera e in una sottorete territoriale<sup>9</sup>.

Al termine di questa, necessariamente rapida, sintesi storico-normativa, siamo in grado di gettare uno sguardo meno superficiale alla situazione creatasi a partire dal mese di febbraio 2020, che ha visto certamente impreparato (anche) il sistema sanitario italiano, i cui limiti tuttavia sono addebitabili non tanto ai caratteri e all'architettura del Ssn, quanto piuttosto alla mancata o insufficiente attuazione dei medesimi. Se infatti sgombriamo il campo dalla inesatta rappresentazione di una carenza di posti letto di rianimazione e terapia intensiva frutto dei "tagli" dei decenni passati<sup>10</sup>, ci accorgiamo che i punti di debolezza principali si concentrano nel settore dell'assistenza territoriale e in quello dell'integrazione socio-sanitaria, proprio i due settori nei quali più forte era stato lo sforzo riformatore (per quanto attiene alla medicina territoriale, già si è fatto un cenno a proposito della riforma del 2012; quanto all'integrazione socio-sanitaria, essa era stata al centro della riforma del 1999<sup>11</sup>): ma su di essi tornerò nel § 3. La pandemia ha disvelato, nel nostro come negli altri Paesi, un'impreparazione (della scienza, della

*riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2018, 560.

<sup>9</sup> In senso analogo, v. I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento, Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario, oggi*, in questa *Rivista*, 2, 2019, 13-33.

<sup>10</sup> Riprendo quanto scritto oltre un anno fa in *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2020, 342 nt. 14: per quanto concerne il numero dei posti letto di terapia intensiva (in strutture pubbliche e accreditate), è sufficiente consultare gli annuari statistici del SSN per rilevare che, tra il 1997 e 2017, esso è complessivamente aumentato, secondo un andamento che non ha mutato di segno a seguito dell'applicazione del d.m. 70/2015 e che risultava confermato (con circa 5100 posti) quando, nei primi giorni di marzo 2020, è stato avviato il piano di potenziamento che avrebbe portato quasi a raddoppiarli nel giro di alcune settimane (erano 4996 nel 2017, anno di riferimento dell'ultimo annuario disponibile, pubblicato nel 2019).

<sup>11</sup> In tema di integrazione socio-sanitaria si v. gli scritti raccolti nel n. 2/2018 di *Corti Supreme e Salute*, 245-376, introdotti dal mio *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta. Presentazione di un Convegno sul socio-sanitario e della correlata ricerca*, 245-248.

politica, dell'amministrazione, dei singoli) generalizzata. La vicenda dell'aereo con un carico di 18 tonnellate di mascherine che a metà febbraio parte da Brindisi per la Cina<sup>12</sup> è al tempo stesso segno di solidarietà e sintomo dell'inconsapevolezza. Conviene diffidare da chi voglia apparire senza "peccato" e, se scagliasse la prima pietra, bene faremmo a pensare che ci voglia prendere per il naso. Le ragioni di quell'impreparazione vanno al di là delle scelte di politica sanitaria, e attengono a profili di ordine culturale (il "presentismo", l'abitudine a vivere in "tempo reale") Non c'è soltanto una ragione legata alla crisi finanziaria, tant'è vero che la constatiamo anche nella c.d. terza ondata (es. dell'estate VdA: occupati in questioni elettorali, ma anche la Protezione Civile dormiva). E l'impreparazione alla terza ondata? Al netto degli Zangrillo, è un problema di tanti piccoli calcoli, di un tessuto non sano della società. C'è tuttavia una prepotente ragione culturale, che ha a che fare con il presentismo, e con l'abitudine a vivere "in contemporaneo".

### 3. Cambiare il Titolo V? È proprio ciò che non va fatto ...

Un secondo punto sul quale, nonostante le tante *vulgatae* di segno contrario, dovrebbe essere possibile trovare un accordo largo attiene alla valutazione della revisione costituzionale del 2001. Non v'è dubbio che il nuovo Titolo V, frutto di larga convergenza parlamentare e territoriale<sup>13</sup>, abbia inciso significativamente, in via generale, sull'assetto dei rapporti Stato-regioni.

Una revisione della Costituzione nel senso di accentuare le competenze di regioni ed enti locali era, in quegli anni, considerata l'alternativa politico-culturale al cosiddetto "federalismo", che costituiva una prospettiva e una terminologia dilagante<sup>14</sup>.

Tuttavia, in campo sanitario, l'incidenza del nuovo Titolo V è stata modesta, per non dire nulla. Per giustificare questa che, a mio parere, è una scontata ovvietà, ma che appunto cozza contro una *vulgata* tanto rumorosa quanto inconsistente, occorre muovere dalla prospettiva storico-costituzionale, dalla quale emerge pianamente che la regionalizzazione della sanità risale all'Assemblea costituente e che il nuovo Titolo V non ne ha modificato i tratti caratteristici.

A) In estrema sintesi, ricordo che l'affidamento alle regioni della competenza legislativa concorrente (nell'ambito cioè dei principi fondamentali fissati dalle leggi statali) sull'assistenza sanitaria e ospedaliera:

- fu la scelta del costituente nel 1946/47 (con un precedente pre-costituzionale: lo Statuto speciale per la Regione Sicilia, cui fu assegnata – art. 17, comma 1, lett. *b*) e *c*) – la potestà concorrente in tema di igiene e sanità pubblica e di assistenza sanitaria);
- venne confermata nella riforma sanitaria del 1978 e dalle già menzionate «riforme della riforma» (1992, 1993, 1999, 2012).

<sup>12</sup> P. PERULLI, *Nel 2050. Passaggio al nuovo mondo*, Bologna, 2021, 152.

<sup>13</sup> Pur essendo stato approvato con la sola maggioranza parlamentare, il suo testo era stato infatti condiviso largamente nella discussione parlamentare successiva ai lavori della c.d. Commissione D'Alema, oltre che valutato positivamente dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e dall'Anci.

<sup>14</sup> Basti pensare che, persino in un testo normativo considerato, peraltro a torto, come espressione di un riaccostamento statale (la c.d. riforma "Bindi" del 1999), compare, nella rubrica dell'art. 19-ter del d. lgs. n. 502/1992 come modificato appunto dal d. lgs. 229/1999, l'espressione "federalismo sanitario".

- non fu una scelta facile, considerate le condizioni materiali dell'Italia dell'immediato secondo dopoguerra, ma prevalse l'argomento dell'adeguatezza, o meglio dell'inadeguatezza del livello statale a gestire direttamente e in modo uniforme i servizi sanitari<sup>15</sup>;

- la cosiddetta regionalizzazione della sanità risale al d.lgs. n. 502/1992, e venne confermata, sotto questo profilo, dal d.lgs. n. 517/1993, e "completata" dal d.lgs. 229/1999: tutti provvedimenti anteriori alla revisione costituzionale del 2001.

Con un'avvertenza: se la sanità fu assegnata alle regioni, la salute fu affidata alla Repubblica (e già si è detto, nel § 1, della consapevolezza che molti costituenti ebbero circa l'impiego della nozione di salute).

Le modifiche apportate al Titolo V con la l. cost. n. 3/2001, che prevede, tra l'altro, la spettanza alle regioni della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, non hanno cambiato la situazione precedente:

- perché non è decisivo il cambiamento della formula dell'assistenza sanitaria e ospedaliera «tutela della salute», in quanto essa non comporta un sostanziale ampliamento della competenza regionale, avendo già la legislazione e la giurisprudenza inteso in senso estensivo la materia dell'assistenza sanitaria e ospedaliera<sup>16</sup>;

- ugualmente, la più larga autonomia data alle leggi regionali, non più soggette a controllo preventivo e in una posizione di quasi completa parità delle armi con la legge statale (art. 127 Cost.), non ha comportato, in campo sanitario, né una diminuzione della sfera di applicazione della normativa statale sul Ssn (come ha dimostrato la riforma sanitaria del 2012, a partire dal già menzionato art. 1), né un significativo ampliamento della legislazione regionale, la quale, salvo che con qualche eccezione<sup>17</sup>, non ha approfittato della più rigorosa distinzione tra principi fondamentali e legislazione per definire una propria fisionomia del modello di servizio sanitario, ferme restando talune differenziazioni organizzative e di politica sanitaria, che peraltro preesistevano al 2001;

- non è decisiva neanche la soppressione (che non tocca solo la materia sanitaria) del limite dell'interesse nazionale, in quanto, in sanità, tale clausola è largamente sostituita dalla menzionata lettera *m*), anche per quanto concerne i poteri sostitutivi esercitabili ai sensi dell'art. 120 Cost.; si aggiunga che, in campo sanitario, la chiamata in sussidiarietà (a partire da Corte cost., sent. 303 del 2003), cioè l'attrazione alla competenza legislativa statale delle regole che disciplinano una funzione amministrativa

<sup>15</sup> La lungimiranza dei nostri costituenti trova una conferma nella vicenda stessa dei Livelli essenziali di assistenza: come pensare che oltre 6.000 tipologie di prestazioni (tale è la consistenza attuale dei Lea) possano essere efficacemente gestite in modo uniforme e centralizzato?

<sup>16</sup> Nella legislazione, esemplare è l'art. 27 del d.p.r. n. 616/1977, per il quale le funzioni amministrative relative all'assistenza sanitaria e ospedaliera concernono «la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione» e in particolare le funzioni in materia di prevenzione e cura delle malattie, di riabilitazione, di igiene, di promozione dell'educazione alla salute e di formazione degli operatori sanitari: per il fenomeno noto in dottrina come parallelismo rovesciato tra funzioni legislative e funzioni amministrative, la formula del d.p.r. venne ad avere come conseguenza il corrispondente allargamento della potestà legislativa. Nella giurisprudenza costituzionale, si vedano le sentt. n. 183 del 1987 (in cui tale competenza viene fatta coincidere con il «complesso degli interventi positivi per la tutela e promozione della salute umana»), n. 123 del 1992, n. 124 del 1994 e n. 382 del 1999; implicitamente, la sent. n. 355/1993.

<sup>17</sup> Un esempio potrebbe essere la l. r. Emilia-Romagna n. 29 del 2004, *Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale*.

ricadente nell'ambito della potestà legislativa regionale, quando l'assegnazione della funzione stessa sia necessaria per assicurarne l'esercizio unitario ai sensi del primo comma dell'art. 118 Cost., non sembra avere avuto margini significativi di applicazione.

Un cambiamento significativo introdotto, in via generale, dal Titolo V e che, come si è accennato all'inizio, potrebbe avere, ove incautamente attuato, pesanti conseguenze sul Servizio sanitario nazionale, è, per contro, quello derivante dalla previsione dell'art. 116, comma 3, il c.d. regionalismo differenziato<sup>18</sup>.

B) Una prima obiezione alla ricostruzione *sub A)* si presenta solitamente così: ma se il Titolo V non porta responsabilità nella regionalizzazione, come facciamo ad avere ventuno sistemi sanitari diversi? Specialmente negli ultimi quindici mesi, questa diversità è generalmente considerata come intollerabile.

Qui siamo in presenza di un'altra contraffazione della realtà.

Il Servizio sanitario nazionale è infatti il complesso dei Servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale (per es., Istituto superiore di sanità, Agenas, Aifa, Istituto nazionale migrazione e povertà) ed è unitario: la lungimiranza dei costituenti fu nel capire che i servizi sanitari sono meglio organizzabili e gestibili lasciando spazi di autonomia alle regioni, ma dentro una cornice unitaria che consenta alla salute di essere garantita dalla Repubblica. In proposito, non è casuale che proprio l'unica regione che abbia voluto discostarsi, come modello, da quello del Ssn, abbia mostrato e mostri, nonostante le favorevoli condizioni di ricchezza economico-sociale e la presenza, sul territorio regionale, di ben diciotto istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (su un totale nazionale di 51), una diffusa debolezza, e che la rete complessiva dei suoi servizi abbia denotato vistosi difetti di funzionamento.

C) Una seconda obiezione è la seguente: con la regionalizzazione, abbiamo sanità diversamente efficienti a seconda delle regioni, con diverse velocità e qualità dei servizi. Qui l'obiezione non è al Titolo V, inteso come responsabile di una devoluzione eccessiva di competenze alle regioni, ma alla regionalizzazione in sé. Mi sono tuttavia sempre chiesto: è corretto confrontare la qualità sanitaria di territori dove tutto è diverso, oppure il confronto vero dovrebbe essere tra diversi settori (sanità, istruzione, trasporti, assistenza sociale, ecc.) all'interno della medesima regione, per verificare se comunque i servizi sanitari regionalizzati non siano, anche in territori svantaggiati, il settore che comparativamente funziona meglio?

---

<sup>18</sup> A creare problema, in prospettiva, è soprattutto l'intreccio tra le richieste di autonomia totale in tema di partecipazione alla spesa e quelle concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi: è possibile che singole regioni derogino all'assetto di fondo del Ssn e alla regola base per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale? In un campo in cui le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una devoluzione riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che comportare la destrutturazione del Ssn e l'aumento delle disuguaglianze, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei Lea. Anzi, stante il prevedibile carattere largamente sostitutivo e non meramente integrativo delle prestazioni coperte da tali fondi, si genererebbero duplicazioni e si aggraverebbero le disparità tra territorio e territorio, tra cittadino e cittadino. Inoltre non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere medici non in possesso di specializzazione né che abbiano stipulato un contratto di formazione specialistica, la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro" assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato.

D) Una terza obiezione è tratta dalla cronaca quotidiana: molte, troppe regioni (e anche qualche comune) vogliono andare ciascuno per conto proprio, mentre – si ripete da più parti – abbiamo bisogno di scelte unitarie e rispettate. Guardiamo, ad esempio, che cosa è capitato nella somministrazione dei vaccini: ogni regione sembra essersi data le proprie priorità (in realtà è ogni Asl, o addirittura ogni distretto: questo dunque non è un problema di norme, ma di inadeguatezza complessiva, causata da un piano vaccinale che si è formato a fatica e che con ancora maggiore fatica viene fatto rispettare). Ma anche quest'ultima obiezione non sembra cogliere il senso profondo dei problemi che abbiamo. Consideriamo alcuni fatti.

Il primo: la serie infinita di decreti-legge, d.p.c.m. e ordinanze varie sembra, nel complesso, reggere, e soprattutto la nostra Costituzione non ci rende imbelli di fronte all'emergenza: basti pensare al decreto-legge, ai poteri sostitutivi, all'attrazione in sussidiarietà e alle non poche clausole che prevedono e consentono espressamente la graduazione delle garanzie delle libertà e dei diritti rispetto ad esigenze di incolumità e sanità pubblica (artt. 14, 16, 17, 41)<sup>19</sup>.

Il secondo: la catena normativa, adottata dallo Stato sentendo le regioni e dunque attuando (nei limiti della situazione emergenziale) il principio di leale collaborazione, che non esclude precisazioni e integrazioni regionali nel senso di una maggiore tutela del bene salute, e che costituisce una cornice valida (che certo andrebbe rispettata maggiormente dai cittadini: ma qui non c'entra la regionalizzazione, c'entriamo noi e la nostra mentalità e cultura) esce indenne, sotto il profilo della compatibilità con il riparto costituzionale delle competenze tra Stato e regione, dalla giurisprudenza costituzionale: si vedano l'ord. n. 4 del 2021 e la sent. n. 37 del 2021, che hanno censurato una legge regionale che prevedeva un sistema autonomo di gestione della pandemia come contrastante con la competenza esclusiva statale in tema di profilassi internazionale, art. 117, comma 1, lett. q)<sup>20</sup>.

La risposta più puntuale ai critici della regionalizzazione (considerata tale da escludere, complice un Titolo V valutato come inadeguato, una gestione efficace del contrasto alla pandemia) sta tuttavia in un complesso di disposizioni normative inserite in un atto che rappresenta la punta più avanzata, sinora, delle spinte regionaliste all'interno dell'ordinamento italiano: il d.lgs. 112/1998, attuativo della l. 59/1997. L'art. 117 di tale decreto legislativo prevede che, in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica che interessino più ambiti regionali, i provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la creazione di centri e organismi di riferimento o assistenza, spettino allo Stato<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Tra le tante ricostruzioni, rinvio a M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, in *Rivista AIC*, 2, 2020, 109-141; R. ROMBOLI, *L'incidenza della pandemia da Coronavirus nel sistema costituzionale italiano*, in *Consulta on line*, 3, 2020, 513-544.

<sup>20</sup> Sul tema, v. già il mio *Editoriale. Indicazioni per un'agenda del "dopo"*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2020. Sull'ord. n. 4 e la sent. n. 37 del 2021 v., per tutti, L. CUOCOLO, F. GALLARATI, *La Corte difende la gestione unitaria della pandemia con il bazooka della protezione internazionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2021. In materia, la Corte costituzionale aveva peraltro avuto già modo di precisare (sent. n. 5 del 2018, in tema di vaccini; v. anche la sent. n. 186 del 2019) che «la profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive richiede necessariamente l'adozione di misure omogenee su tutto il territorio nazionale» e che in proposito rileva anche la competenza legislativa esclusiva statale in tema di profilassi internazionale ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. q), Cost.

<sup>21</sup> Vanno considerati altresì, sempre all'interno del d.lgs. 112/1998:

- l'art. 112, comma 3 lett. g), là dove assegna alla competenza statale «la sorveglianza e il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali»;

Ve n'è a sufficienza per concludere che (almeno) in tema di emergenze sanitarie, per quanto attiene al riparto delle competenze tra Stato e regioni, non sembra si possa parlare di un modello «dualista e paritario, quindi indeciso»<sup>22</sup>.

A determinare incertezza concorrono, per converso, plurimi fattori, estranei al quadro costituzionale e normativo, o comunque dipendenti prevalentemente da dinamiche d'altro genere:

a) anzitutto la situazione del quadro politico, intrecciata con l'asserito plusvalore, sempre di ordine politico, che deriverebbe ai presidenti di regione («governatori», stando alle cronache mediatiche, tendenzialmente corrive rispetto a siffatto genere di improprietà) dal sistema di elezione diretta da parte del corpo elettorale;

b) legata a questo sfondo, va rilevata altresì una certa spregiudicatezza di questo o quel presidente regionale rispetto alle regole di competenza e all'attuazione concreta del principio di leale collaborazione;

c) inoltre, risuonano ancora gli echi della recente (anche se politicamente e culturalmente sembrano passati anni) e accesa discussione sul cosiddetto regionalismo differenziato<sup>23</sup>; in proposito, penso che anche gli studiosi di cose sanitarie dovrebbero mostrare maggiore attenzione ai profili tipici del nostro sistema, che è un sistema nazionale-regionale, omettendo la quale non si aiuta la causa del regionalismo e dell'autonomia, ma si coopera, anche inconsapevolmente, a un ritorno di fiamma di impostazioni centralistiche che non hanno mai dato risultati positivi.

Nella prospettiva della cessazione dello stato di emergenza nazionale, sarà necessario fare fronte a una mole di controversie costituzionali, civili, penali, amministrative e tributarie: è importante che non se ne aggiungano altre, non necessarie né utili.

Da quanto detto, si può concludere che sarebbe saggio soprassedere ai propositi, sprovvisti di base reale, di riforma della riforma del Titolo V. Come si è visto, essa non è assolutamente necessaria, in quanto l'attuale quadro costituzionale e di legislazione ordinaria appare tranquillamente in grado di aiutare il Paese a contrastare efficacemente la pandemia; in compenso, essa potrebbe risultare inutilmente punitiva delle regioni ove mirasse a diminuirne le competenze concorrenti e persino molto pericolosa, ai fini del consolidamento del nostro tipo di Stato regionale e autonomista, ove si volesse resuscitare, sotto la forma della cosiddetta clausola di supremazia, quel riferimento all'interesse nazionale che opportunamente la revisione costituzionale del 2001 espunse quale clausola generale *bonne à tout faire*, preferendo riferirne i contenuti a specifici compiti affidati allo Stato, come appunto la competenza in tema di livelli essenziali delle prestazioni e di poteri sostitutivi. Senza pensare che una siffatta clausola, propria degli Stati federali, apparirebbe in obiettiva contraddizione con gli intendimenti dei suoi fautori, generalmente volti a mitigare il nostro regionalismo "forte".

- l'art. 118, comma 1, lett. e), che impone alle Regioni obblighi di comunicazione concernenti, tra l'altro, l'insorgenza e la diffusione di malattie umane o animali;

- l'art. 115, comma 4, che assegna allo Stato il coordinamento dell'attività di costituzione di scorte di medicinali di uso non ricorrente, di sieri, vaccini e presidi profilattici;

- l'art. 126, che mantiene allo Stato le funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale.

<sup>22</sup> A. MORRONE, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2020.

<sup>23</sup> Si vedano i saggi raccolti in *Corti Supreme e Salute*, 1, 2020; v. anche, *retro*, nt. 18.

#### 4. Un aggiornamento, sì, ma nel senso di una seria volontà istituzionale e politica di attuare gli strumenti previsti

Sgombrato dunque il campo dalle (inconsistenti) polemiche circa l'asserita inadeguatezza delle norme costituzionali a consentire un efficace contrasto alla pandemia, come ad ogni altra situazione emergenziale nazionale, resta da rispondere alla seguente domanda: come e perché gli strumenti previsti dalla Costituzione e dalla legislazione ordinaria sono stati sottovalutati o comunque non attuati o attuati soltanto in parte?

Per tentare di rispondere a tale domanda, ritorniamo ai due esempi già anticipati alla fine del § 1: l'assistenza territoriale e l'integrazione socio-sanitaria. Su di essi dovrebbe essere possibile trovare un accordo largo, favorito anche dalla loro centralità nel Piano nazionale di ripresa e resilienza.

A) Quanto alla prima, mi limito a ricordare brevemente le vicende normative e ordinamentali della medicina generale.

La riforma sanitaria del 2012 (d.l. n. 158/2012, conv. l. n. 189/2012) aveva assunto tale tema come cardine non soltanto di sé medesima<sup>24</sup>, ma dell'intera operazione di riqualificazione e riorganizzazione (comprensiva quindi della parte di rilievo sanitario inclusa nel d.l. n. 95/2012, conv. l. 135/2012, c.d. *spending review*, e del suo principale provvedimento attuativo, cioè il già menzionato decreto ministeriale sugli standard ospedalieri) del sistema sanitario, in cui alla rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera e della relativa spesa si accompagnava, finalmente, la riorganizzazione della sanità territoriale e della relativa spesa, a partire dal suo "cuore", cioè la medicina generale. Consapevole della fatica e delle resistenze che avevano in precedenza sempre caratterizzato i tentativi di riorganizzazione, il legislatore della riforma non si limitò a definire i compiti di ciascuno e a disegnare una moderna medicina di famiglia, ma inserì una specifica clausola, in virtù della quale, ove entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici convenzionati, il Ministro della salute avrebbe emanato «disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi» della riforma<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Non fu casuale che il primo articolo del d.l. n. 158 concernesse proprio la riforma della medicina generale.

<sup>25</sup> Art. 1, comma 6, d.-l. n. 158/2012, che prevede che, decorsi centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del medesimo decreto, «si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) del citato articolo 8, comma 1, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e delle disposizioni ivi richiamate». Ai sensi del successivo comma 7, «decorso il termine di cui al comma 6, primo periodo, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, emana, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati dal medesimo comma 6. Tali disposizioni cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore degli accordi di cui al comma 6». Per un diverso approccio, si veda l'art. 38 del d.l. n. 18/2020, conv. l. n. 40/2020.

Così facendo, lo Stato si è dato un potere importante di pressione e di responsabilizzazione delle controparti territoriali e professionali. Si tratta, appunto, di un potere di intervento, che bisogna volere, oltre che sapere, utilizzare<sup>26</sup>.

B) Quanto all'integrazione socio-sanitaria<sup>27</sup>, la sua crucialità sta nella circostanza che essa viene a integrare, nel significato stretto della parola (cioè di portare a pienezza)<sup>28</sup>, due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico.

Le difficoltà che l'integrazione socio-sanitaria ha incontrato sono legate a due ordini di fattori.

Il primo è strettamente concettuale e attiene alle tante sfaccettature della nozione (professionale, gestionale, orizzontale tra comuni, verticale tra comuni e regioni, "comunitaria", cioè riferita agli enti e alle organizzazioni del Terzo Settore<sup>29</sup>). Quest'ultima, in particolare, sembra essere la vera sfida e il vero obiettivo da realizzare, nel senso che l'integrazione socio-sanitaria acquista pienezza e spessore quando enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un'autentica integrazione comunitaria<sup>30</sup>.

Il secondo attiene alla perdurante assenza dello strumento capace di fornire la base conoscitiva e concettuale per una reale integrazione, cioè la definizione e standardizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, i cosiddetti Liveas, la cui declaratoria impegna ormai da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi. Tale assenza ha comportato almeno due conseguenze importanti, la cui risultante appunto concorre in misura significativa a spiegare quelle difficoltà: in primo luogo, perché «impedisce la compiuta attuazione del sistema di finanziamento delle funzioni degli enti territoriali previsto dall'art. 119 Cost.»<sup>31</sup>; in secondo luogo, perché rende meno efficaci gli sforzi fatti in questi anni sul terreno dell'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio<sup>32</sup>. Sembra cioè, guardando al passato, che si sia delineata una sorta di circolo vizioso per cui la mancata standardizzazione delle prestazioni rende ardua la definizione dei Liveas e tale assenza, a sua volta, limita significativamente la possibilità di procedere a un'articolazione del nomenclatore delle prestazioni e degli interventi sociali che possa andare al di là dei macrolivelli degli obiettivi di servizio,

<sup>26</sup> Riuscendo anche a superare la tendenza, forte in sanità ancorché presente in molti altri comparti, a pensare che la difficoltà di attuare approcci politico-amministrativi innovativi possa essere superata ripetendo e iterando formule programmatiche e normative che li condensano; per un esempio, si veda R. BALDUZZI, *La persona in tutte le politiche (sociali)*, cit., 248.

<sup>27</sup> Su tale nozione, e sulle ragioni a favore o contro rispetto alla scrittura con o senza trattino, si vedano i contributi pubblicati in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2018, 245 ss.

<sup>28</sup> E secondo differenti graduazioni: il che permette meglio di comprendere il significato dell'espressione «prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria», talora impiegata nella vigente legislazione (art. 3-*septies*, commi 4 e 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, nel testo introdotto dal d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229). Sul punto, per sviluppi, v. i miei *La persona in tutte le politiche (sociali)*, cit., 245 ss.; *La medicina oltre la cura*, cit., 372 ss.

<sup>29</sup> Su tali sfaccettature della nozione, v., per tutti, E. Rossi, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?* in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2018, 249 ss.

<sup>30</sup> V. il mio *L'integrazione sociosanitaria si fa a partire dalle comunità*, in *Avvenire*, 16 giugno 2020, 3.

<sup>31</sup> Dunque non soltanto non viene attuata la legge n. 42/2009, ma ciò si riflette sull'attuazione, *in parte qua*, dell'art. 119 Cost. nel testo novellato nel 2001. La citazione tra virgolette nel testo è tratta da Corte cost., sent. n. 273 del 2013, red. Mattarella.

<sup>32</sup> Cfr. C. CHIAPPINELLI, *Allocazione delle risorse e politiche sociosanitarie: per un approccio giuscontabile nella spesa "costituzionalmente necessaria"*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2018, 295 ss.

e permettere di individuare, in analogia con quanto realizzato per i servizi ospedalieri, veri e propri standard strutturali, organizzativi e tecnologici anche per l'assistenza territoriale.

La crisi pandemica ha consentito di riproporre con forza il tema dell'integrazione socio-sanitaria, e ciò è avvenuto con l'art. 1, commi 3, 4 e 4-bis del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella l. 17 luglio 2020, n. 77<sup>33</sup>, che prevede, al fine di assicurare «il massimo livello di assistenza» a favore dei soggetti contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso e di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti» per i pazienti in isolamento, la sperimentazione, coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni<sup>34</sup>, di «strutture di prossimità» ispirate «al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro».

Si tratta, come giustamente è stato sottolineato, di un intervento legislativo che (includendo anche quanto la stessa legge n. 77/2020 innova in tema di politiche sociali, art. 89, comma 2-bis, e in ordine al consolidamento di formule organizzative introdotte in via emergenziale come le unità speciali di continuità assistenziale, art. 1, commi 6 e 7) riprende il percorso attuativo della già menzionata riforma della medicina territoriale introdotta dal d.l. n. 158/2012 e lo connette con l'individuazione dei livelli essenziali del settore sociale in base alla l. n. 328/2000 e al d.lgs. n. 68/2011<sup>35</sup>.

La sperimentazione prevista dal comma 4-bis potrebbe allora costituire la tanto attesa svolta, al fine di declinare l'integrazione socio-sanitaria a partire non soltanto da generosi, ma sinora ancora inconcludenti, tavoli di concertazione inter-istituzionale, bensì da un vissuto articolato di esperienze<sup>36</sup>, sulla cui base individuare quella standardizzazione delle prestazioni e delle relative modalità di erogazione che abbiamo visto essere il nodo principale delle difficoltà sinora incontrate.

Vanno in tal senso le proposte contenute nel menzionato *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, che riprendono talune indicazioni già contenute nel d. m. 2 aprile 2015, n. 70 in tema di continuità ospedale-territorio, ma vi innovano denunciando l'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi

<sup>33</sup> Sull'art. 1, comma 4-bis, v. il mio *L'integrazione sociosanitaria*, cit., dove osservavo che tale sperimentazione non sarebbe stata "a tavolino", in quanto il suo retroterra è costituito da una rete pluridecennale di istituzioni sociosanitarie e socioassistenziali, avente come capifila la Casa della Carità di Milano e la Fondazione Santa Clelia Barbieri di Alto Reno Teme (BO), le quali si sono recentemente coordinate attorno al Movimento "Prima la comunità" e hanno promosso un appello dal titolo assai evocativo e significativo («*Ripartire dalle Case della Salute per rilanciare il welfare di comunità*»); su questa esperienza v. A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2020, 399 ss.

<sup>34</sup> La previsione dell'intesa conferma il nesso tra tale sperimentazione e la logica istituzionale che presiede all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Quanto al finanziamento di tale sperimentazione si veda il comma 11 dell'art. 1 (25 milioni per ciascun anno del biennio 2020-2021) che prevede altresì che «le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti».

<sup>35</sup> «La cui necessità confessava, peraltro, l'attuazione del tutto insufficiente che, fino ad oggi, è stata fatta della riforma dell'assistenza primaria di cui all'art. 1 del d.l. 158/2012»: così A. BANCHERO, *I livelli essenziali*, cit., 398.

<sup>36</sup> Il menzionato art. 1, comma 11 prevede altresì che «le regioni e le province autonome provvedono a trasmettere ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze una relazione illustrativa delle attività messe in atto e dei risultati raggiunti».

territoriali e servizi sociali<sup>37</sup>, da un lato, e prevedendo (ottimisticamente, e in parziale contraddizione con l'approccio in chiave di sperimentazione di cui al comma 4-*bis*) l'emanazione entro l'anno in corso di un decreto ministeriale contenenti gli standard per l'assistenza territoriale, dall'altro. Il *Piano* individua nella «Casa della Comunità» il principale presidio territoriale (l'altro è costituito dagli Ospedali di Comunità<sup>38</sup>), e lo configura come strumento attraverso cui coordinare i servizi offerti sul territorio, in particolare per i malati cronici<sup>39</sup>.

Riandando ai precedenti delle Case della comunità, e in particolare all'esperienza delle cosiddette «Case della salute»<sup>40</sup>, non si possono non sottolineare i profili di analogia dei due percorsi svolti: un

<sup>37</sup> Questa parte del *Piano* si ricollega evidentemente al comma 4-*bis*, il quale “confessa” tale inadeguatezza quando individua nella «piena integrazione socio-sanitaria» (corsivo mio) il principio ispiratore della sperimentazione di strutture di prossimità.

<sup>38</sup> Su questa tipologia di ospedali, v. l'Intesa sancita il 20 febbraio 2020 in sede di Conferenza Stato-regioni, che definisce il «Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità» come «una struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture per mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio». Esso «può avere una sede propria, essere collocato in strutture polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale», e la gestione delle sue attività «è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie»; esso costituisce altresì «un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali».

<sup>39</sup> La Casa della Comunità, secondo il *Piano*, sarà «una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale [...] La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica». Nei documenti elaborati, tra ministero e regioni, in vista dell'attuazione del comma 4-*bis* e ad oggi disponibili, si sottolinea che la “struttura” non dev'essere necessariamente un luogo fisico, «ma piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale che riguarda l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le esperienze di cura domiciliari e in ambienti protetti, le diverse forme di promozione e prevenzione realizzati con il coinvolgimento di differenti professionalità in una logica di lavoro cooperativo/complementare, quindi multidisciplinare e multi professionale», e che l'espressione “di prossimità” sta a significare che la struttura deve essere il più possibile vicina alla persona assistita, favorendone la permanenza, se possibile, negli abituali luoghi di vita».

<sup>40</sup> L'art. 1, comma 806, lett. a) della l. 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), aveva previsto una «sperimentazione del modello assistenziale case della salute», finanziata attraverso un «Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale» (comma 805), istituito «al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale». Sulla base di questa disposizione normativa, con d.m. 10 luglio 2007 (G.U., serie gen., 10 ottobre 2007, n. 236), recante le linee guida per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute e l'accesso al relativo cofinanziamento, si enunciavano le caratteristiche essenziali delle medesime (avere

Fondo, una sperimentazione, linee guida ministeriali, tutti strumenti rivolti a realizzare la piena integrazione sanitaria e ridurre gli squilibri territoriali. L'attuazione concreta delle «Case della salute», tormentata e disomogenea<sup>41</sup>, viene a costituire un precedente importante al fine di raggiungere davvero gli obiettivi prefissati e in particolare quello di contemperare l'esigenza di rispettare i margini, esistenti e importanti, di autonomia organizzativa regionale con l'esigenza di attenuare le diseguaglianze territoriali assicurando standard uniformi per la presa in carico reale della persona bisognosa<sup>42</sup>.

In questa prospettiva, il *Piano* dovrà essere corretto, o interpretato e attuato in senso estensivo, relativamente:

- a) alla previsione di una presenza soltanto facoltativa, all'interno della Casa della comunità, dell'assistente sociale, che va integrato nel team multidisciplinare insieme ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, ai medici specialisti, agli infermieri di comunità e agli altri professionisti della salute, così da assicurare che il punto unico di accesso (PUA) possa valutare e prendere in carico il bisogno sia a monte, sia a valle;
- b) alla necessaria interrelazione tra la sperimentazione di cui all'art. 1, comma 4-bis, e gli investimenti concernenti le Case della comunità previsti nel *Piano*<sup>43</sup>, così da permettere di sviluppare, nella fase

---

al proprio interno gli studi dei medici di medicina generale, assicurare continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 h, integrare gli ambulatori della specialistica ambulatoriale, includere tecnici della riabilitazione e della prevenzione, ecc.). Per quanto attiene all'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, il d.m. richiedeva la presenza nella struttura dello Sportello unico di accesso, attraverso il quale avrebbe dovuto realizzarsi «la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende (*sic!*) la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale».

<sup>41</sup> Si veda Camera dei deputati, XVIII legislatura, Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale: dal Dossier emerge un'attuazione assolutamente squilibrata sia delle Case della salute e degli Ospedali di comunità, sia delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie: al di là della diversità di forme organizzative e di terminologia impiegata, ciò che colpisce maggiormente è, per quanto concerne le Case della salute o strutture ad esse analoghe, la marginalità del profilo dell'integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali, che pure stava alla base della sperimentazione. Vero è che il d.m. 10 luglio 2007 (retro, nt. 45) prevedeva una tale integrazione attraverso lo Sportello unico di accesso, ma una cosa è l'integrazione a valle, al momento di usufruire di una prestazione sociale, altra cosa è l'integrazione a monte, in cui il bisogno sociale è valutato contestualmente a quello sanitario e socio-sanitario in relazione alla totalità e unitarietà della persona del paziente che lo esprime (appunto, in modo integrato).*

<sup>42</sup> Anche nella consapevolezza di dovere evitare il ben noto fenomeno dell'*ego te baptizo piscem*, tentazione immanente anche nella nostra materia[...] La disomogeneità dell'attuazione delle Case della salute è bene ripercorsa nel Rapporto del Crea, reperibile in <https://www.fpcgil.it/2020/07/16/sanita-report-case-salute-modello-incompiuto/>.

<sup>43</sup> Il *Piano* prevede l'attivazione di 1.288 Case della comunità entro la metà del 2026, con la possibilità di utilizzare sia strutture già esistenti, sia nuove, per un costo complessivo stimato in 2 miliardi: di gran lunga, dunque, l'investimento nel settore della salute più ingente mai programmato, il che rafforza l'esigenza che i profili sanitari, socio-sanitari e sociali si integrino per impedire che l'esito dell'investimento stesso sia riduttivamente circoscritto alla sola edilizia sanitaria, ma, appunto, consenta la realizzazione di strutture che permettano di contrastare le situazioni di vulnerabilità attraverso percorsi di continuità delle cure e di corresponsabilizzazione dei destinatari della presa in carico e dei contesti comunitari di riferimento, così che le persone più fragili siano messe nelle condizioni di fare fronte sia alle situazioni ordinarie di disagio e di malattia, sia a situazioni emergenziali. Va da sé, poi, che gli interventi di edilizia sanitaria non potranno non essere pensati in stretta coerenza con le altre indicazioni del *Piano*, in particolare con quelle di sostenibilità ambientale.

della sperimentazione<sup>44</sup>, un modello organizzativo reputato coerente con il territorio di riferimento e, nel contempo, aderente alle indicazioni delle adottande linee guida e delle previsioni del *Piano*;

c) ai compiti di coordinamento spettanti al Ministero della salute ai sensi del menzionato comma 4-*bis*, che non potranno essere intesi in senso riduttivo, come mera previsione dei caratteri generali delle strutture di prossimità e garanzia della corretta ripartizione delle risorse, ma, valorizzando indicazioni peraltro già presenti nel *Piano*<sup>45</sup>, come compiti di *playmaker* impegnato e attivo, anche attraverso lo stimolo alla predisposizione degli strumenti di base per potere correttamente leggere i bisogni di un territorio e adeguare ad essi i requisiti delle strutture deputate al loro soddisfacimento<sup>46</sup>;

d) all'esigenza di un maggiore coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali, senza il cui fattivo apporto la «piena integrazione socio-sanitaria» rimarrà fatalmente sulla carta, ma relativamente alle quali il *Piano* non sembra dedicare adeguata attenzione;

e) all'importanza di individuare e valorizzare il «luogo» istituzionale deputato a garantire l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale, e che pertanto è chiamato a risponderne: tale luogo, secondo la vigente normativa (artt. 3-*quater* e segg. del d.lgs. n. 502/1992, nel testo introdotto dal d.lgs. n. 229/1999 e s.m.), è il distretto sociosanitario: avere ridotto, in molte situazioni regionali, il distretto a mero luogo burocratico costituisce una concausa dell'ineffettività di molte tra le disposizioni normative dedicate all'integrazione sociosanitaria;

f) infine, quanto al rapporto con i professionisti da coinvolgere nel percorso di integrazione socio-sanitaria, sarà decisiva la determinazione con cui i decisori politici, a livello nazionale e regionale, affronteranno le sfide con quelle categorie o pezzi di categoria storicamente meno inclini a un coinvolgimento pieno e operativo all'interno del Servizio sanitario nazionale: come si è accennato all'inizio di questo paragrafo, l'ordinamento giuridico conosce norme, tuttora vigenti, idonee ad assicurare la priorità delle esigenze collettive rispetto a questa o quella deriva corporativa<sup>47</sup>.

<sup>44</sup> Sull'importanza di rovesciare il modello *top-down* e dunque sul ruolo essenziale di sperimentazioni a livello territoriale, volte appunto a privilegiare un modello fondato «sulla circolarità dei processi decisionali, non più dall'alto verso il basso nella precisazione dell'azione, dei modi di agire, ma capace di esprimere azioni frutto di una co-decisione che costruisce la programmazione e i programmi dal basso verso l'alto (all'inverso del modello classico degli anni '70)», mi fa piacere ricordare le pagine di P. CARROZZA, *La «Società della Salute». Il modello toscano di gestione integrata dell'assistenza sociale e della sanità territoriale alla luce dei principi sanciti dagli artt. 5, 32 e 118 Cost.*, in *Il rispetto delle regole. Scritti degli allievi in onore di Alessandro Pizzorusso*, Torino, 2005, 143.

<sup>45</sup> Cioè la previsione che, entro il primo trimestre del 2022, venga definito uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della salute, anche attraverso i suoi enti vigilati, come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati (tra i quali evidentemente – mi permetto di aggiungere – dovranno svolgere un ruolo importante le amministrazioni comunali e provinciali, e le loro rappresentanze).

<sup>46</sup> Vanno in tale senso le iniziative, che risultano già avviate, volte alla predisposizione di standard dell'assistenza sanitaria territoriale unitamente e in stretto raccordo con i già menzionati livelli essenziali di assistenza sociale.

<sup>47</sup> Atteggiamenti che già sono emersi nel percorso di attuazione del comma 4-*bis* e nelle valutazioni sul PNRR: si v., ad es., l'intervista, da cui traspaiono preoccupazioni di categoria scarsamente compatibili con i caratteri e le esigenze del Servizio sanitario nazionale, rilasciata dal segretario generale della Fimmg, S. SCOTTI (in *Quotidiano sanità*, 30 aprile 2021), alla quale è peraltro seguita l'efficace risposta di G. SESSA e V. COLMEGNA (in *Quotidiano sanità*, 8 maggio 2021). Sulla saldatura tra resistenze corporative e inerzie regionali, che spiega sia il mancato aggiornamento degli accordi integrativi regionali, sia la larga inattuazione della riforma introdotta dal d.l. n. 158 del 2012 (unitamente, per questo profilo, alla simmetrica inerzia del livello centrale: *retro*, nt. 29), v. le

Anche qui, dunque, la risposta sembra essere quella che vada nel senso del potenziamento della capacità di guida e di indirizzo da parte del livello centrale, sulla scia della positiva esperienza della declaratoria dei Livelli essenziali di assistenza e del c.d. sistema Lea (la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale<sup>48</sup>, e il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza<sup>49</sup>).

## 5. Alcune (provvisorie) conclusioni

A mo' di rassegna sintetica riepilogativa, proviamo a elencare alcune cose da non pensare o da non fare e alcune cose da pensare e da fare.

Come si è visto, è importante non pensare che la radice delle disfunzioni siano il nuovo Titolo V della Costituzione (che in sanità non ha innovato, salvo l'art. 127 e l'art. 116, comma 3) o la regionalizzazione conseguente ai decreti di riordino del 1992-1993 (e l'art. 117 del d.lgs. n. 118/1998). Consideriamo per contro, tra i poteri esercitabili dal livello statale: il decreto-legge, i poteri sostitutivi, l'attrazione in sussidiarietà, le non poche clausole che prevedono e consentono espressamente la graduazione delle garanzie delle libertà e dei diritti rispetto ad esigenze di incolumità e sanità pubblica (artt. 14, 16, 17, 41), nonché, da ultimo, riflettiamo a quanto deciso da Corte cost., sent. n. 37 del 2021, red. Barbera.

Per contro, è importante pensare:

- a) che sia necessario disporre di reali e condivisi standard ospedalieri e territoriali, che garantiscano la distribuzione dei posti letto di terapia intensiva, incentivando la capacità di fare rete all'interno del Ssn, in cui la mobilità è elemento costitutivo e non fattore distorsivo;
- b) che parimenti sia necessario collegare la richiesta di potenziamento quantitativo del personale del Ssn con la verifica circa la sua distribuzione secondo il principio che i professionisti seguono i servizi, e non l'inverso;
- c) che sia determinante allenarsi a parlare di "produzione" di salute e non di prestazioni sanitarie (più salute, meno prestazioni di cura e riabilitazione, più prevenzione), nella logica dei Lea (necessari e appropriati), sottolineando che, nel sistema delle regole vigenti in tema di Ssn, aziendalizzazione è cosa diversa da economicismo;
- d) che la mitica "sostenibilità" vada intesa, secondo un celebre rapporto canadese di oltre quindici anni fa, nel senso che il sistema è tanto sostenibile quanto vogliamo che sia.

Quanto al "fare", possiamo utilmente:

- a) non tanto richiedere più poteri al centro, ma esprimere più capacità di esercitarli, cioè più coordinamento da parte del livello centrale, nel senso tuttavia di un coordinamento forte, che sappia controllare l'attuazione degli standard ospedalieri, ad es. per quanto attiene al rispetto dei parametri cui sono soggette le reti di impresa private in sanità ai sensi del d.m. 70, o per quanto attiene al rispetto delle regole sull'intramoenia approvate nel 2012;

---

considerazioni di E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2019, 277 ss.

<sup>48</sup> Art. 1, comma 556, l. 28 dicembre 2015, n. 208. La Commissione si è insediata nel luglio 2020.

<sup>49</sup> Previsto dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e istituito con d.m. 21 novembre 2005; attualmente il Comitato si avvale del «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» di cui al d.m. 12 marzo 2019 (*G.U.*, serie gen., 14 giugno 2019, n. 138).

- b) praticare e non soltanto declamare più integrazione sociosanitaria, non fallendo l'occasione delle cosiddette Case della comunità;
- c) praticare più cittadinanza sanitaria (contro le derive "illiberali" delle democrazie);
- d) prestare la dovuta attenzione all'appropriatezza e alla valorizzazione dei determinanti non sanitari della salute.

L'elenco naturalmente potrebbe continuare, ma rischierebbe di fare venire meno l'obiettivo di queste poche pagine: individuare alcune pietre miliari suscettibili di una larga condivisione, così che il dibattito sui temi sanitari non sia il palcoscenico dove declamare le proprie frustrazioni, ma l'occasione per una sempre maggiore coesione all'interno del nostro Paese.

*Focus on*

