

Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale

*Teresa Andreani**

THE NATIONAL HEALTH SYSTEM'S STRUCTURAL SHORTFALLS, BETWEEN HISTORY AND ACTUALITY: INTERROGATIVES ON THE IMPLEMENTATION OF PROXIMITY-CARE REFORMATION

ABSTRACT: Having examined the constitutional foundation of health protection and reaffirmed its historical and political nature, the article aims to propose several lines of analysis regarding the implementation of the proximity care reformations, as framed in the mission Health of the National Recovery and Resilience Plan, by contextualizing it within the National Health System's transformative crisis and its historical and structural shortfalls.

KEYWORDS: Proximity healthcare reformation; right to health; constitutional principles; pandemic; public health

ABSTRACT: Dopo aver riattraversato il fondamento costituzionale della tutela della salute e averne riaffermato la sostanziale storicità e politicità, l'articolo intende proporre alcune linee di analisi intorno all'attuazione della costituenda riforma della sanità territoriale, come prevista dalla prima componente della missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, inquadrandola all'interno della crisi trasformativa del Servizio sanitario nazionale e delle sue storiche e strutturali criticità.

PAROLE CHIAVE: Riforma della sanità territoriale; diritto alla salute; principi costituzionali; pandemia; sanità pubblica

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. La storicità e la politicità della tutela costituzionale della salute nel progetto costituzionale di uguaglianza sostanziale – 3. Le criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale – 3.1. La riforma sanitaria e il suo difficile percorso attuativo – 3.2. La crisi trasformativa e il ridimensionamento dei principi istitutivi – 3.3. L'evoluzione regionalistica dell'istituzione e l'assestarsi del quadro critico dei regionalismi sanitari – 4. La gestazione della costituenda riforma della sanità territoriale prima e durante l'esperienza pandemica – 5. Verso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale: le Case della Comunità tra partecipazione e integrazione sociosanitaria – 6. Le incerte prospettive di attuazione del disegno riformatore – 7. Conclusioni.

* *Dottoressa in Giurisprudenza, Università di Trento; tirocinante alla Commissione Affari sociali, Salute e Sviluppo Sostenibile dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa. Mail: teresaandreani25@gmail.com. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.*



1. Introduzione

Nonostante l'attenuarsi dell'allarme sociale verso la questione dell'uguale accesso alle cure e il vacillare della volontà politica riformatrice, la riflessione intorno al futuro del Servizio sanitario nazionale continua oggi ad impegnare la comunità scientifica e gli osservatori di numerose discipline. Trascorsi tre anni dall'avvento della pandemia, l'emergenza di salute pubblica da questa scaturita può forse essere ricostruita come un mero tassello di quella crisi trasformativa e sistemica che ormai da diverse decadi investe il Servizio sanitario nazionale. L'esperienza pandemica, innestata in un processo storico di ridimensionamento dei principi istitutivi di tale istituzione di solidarietà, si è in prima battuta dimostrata un vettore capace di guidare la volontà politica verso la necessità di adottare strumenti innovativi di riforma secondo la strada indicata dalla consolidata riflessione scientifica intorno alle sue criticità strutturali e cronicizzate. La necessità di ricostruire tale istituzione di solidarietà appare infatti il lascito più diretto e radicale dell'esperienza pandemica, la quale ha condotto il decisore politico a individuare nella sanità territoriale o di prossimità il pilastro di una rinnovata politica di rilancio del Servizio sanitario, di rafforzamento dei servizi sanitari regionali e di contrasto alle disuguaglianze di salute affliggenti i territori della penisola. In tale contesto di profonda crisi dell'esistente è fiorita la costituenda riforma della sanità territoriale: l'attuazione della quale muove oggi i primi passi.

Con lo sguardo rivolto alla costituenda riforma della sanità territoriale quale prospettiva evolutiva emergente del Servizio sanitario nazionale, l'articolo intende tracciare talune linee di analisi che questa accompagnano e rafforzano. In primo luogo, è delineato il fondamento costituzionale del paradigma universalistico in sanità, rilevando la storicità e politicità degli strumenti di tutela della salute abbracciati nel lungo andare dell'esperienza costituzionale della Repubblica. Riattraversando gli snodi cruciali della genesi, dello sviluppo e dell'evoluzione del Servizio sanitario, sono in secondo luogo individuate talune criticità strutturali virulentemente riemerse nel contesto pandemico: tra queste, il sottosviluppo dei servizi sanitari territoriali o di prossimità, con particolare intensità in talune Regioni. È poi illustrata la costituenda riforma della sanità territoriale, tanto nella sua gestazione quanto nella sua finale regolamentazione, volgendo lo sguardo alla prospettiva di rafforzamento delle Cure primarie attraverso una diffusione sul territorio nazionale del modello organizzativo e innovativo delle Case della Comunità. Sono infine proposte alcune linee di analisi intorno alle prospettive di attuazione del disegno riformatore.

2. La storicità e la politicità della tutela costituzionale della salute nel progetto costituzionale di uguaglianza sostanziale

Nell'attuale momento dell'esperienza costituzionale della repubblica, la riflessione scientifica interdisciplinare intorno alle prospettive evolutive del Servizio sanitario nazionale, istituzione di solidarietà volta a tutelare la salute e ridurre le disuguaglianze di salute, continua a mantenere alta l'attenzione

politica e civica intorno alla necessità di rafforzarne i principi istitutivi, garantendone così la sostenibilità e la resilienza negli anni a venire¹. In questa prospettiva, l'immagine che più rispecchia l'attuale condizione del Servizio sanitario nazionale nel contesto post-pandemico è quella di un cantiere aperto: il futuro di tale strumento di garanzia del diritto alla salute si presenta, d'altra parte, incerto². La riflessione intorno alle criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale, sempre viva ma significativamente accelerata nei tre anni trascorsi, ha condotto gli interpreti a riscoprire e riattraversare il fondamento costituzionale delle sue necessarie premesse nell'articolo 32 della Costituzione: norma costituzionale dalla straordinaria carica eversiva nel sistema costituzionale dei diritti della persona³. In un momento di profonda crisi dell'esistente, infatti, è apparsa decisiva la riscoperta della connessione tra la norma di principio in questione e i principi costituzionali fondamentali personalista, solidarista e di uguaglianza sostanziale: la tutela costituzionale della salute origina infatti dalla prima parte della norma che attribuisce a tutte le componenti della Repubblica il compito di tutelare la salute concepita quale «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Suggellando l'obbligo costituzionale di tutela della salute da parte dei pubblici poteri, le Madri e i Padri Costituenti hanno da un lato aperto la strada alla fioritura di una storia del diritto alla salute nella dimensione positiva di diritto sociale fondamentale alle cure⁴. Dall'altro, hanno introdotto una norma costituzionale di principio necessitante dell'intervento del legislatore per la scelta degli strumenti di politica sanitaria attraverso i quali adempiere a tale obbligo finalistico, in questo modo sancendone la strutturale politicità⁵.

¹ Sulla stessa linea del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, questi gli obiettivi cruciali indicati prima e in seguito all'evento pandemico dagli osservatori verso i quali le politiche sanitarie e sociali sono chiamate a muoversi, come recentemente ribadito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in *Una vita sana per tutti. Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia*, 2022, 68-70. In particolare, riaffermando la strutturale interdipendenza tra momento sanitario e momento sociale, nel Rapporto è evidenziata «l'importanza di prendere in considerazione l'equità di accesso all'assistenza sanitaria, le funzioni di tutela della salute svolte dai servizi pubblici anche al di fuori del settore sanitario, come le reti di sostegno locali e di comunità».

² La crisi di salute pubblica scaturita dalla pandemia ha marcatamente segnato la storica crisi trasformativa che nelle ultime decadi il Servizio sanitario ha attraversato: guardata oggi in prospettiva storica, dunque, il suo impatto sulla riflessione scientifica e sulla volontà politica riformatrice di aprire «un cantiere sulla sanità del futuro» appare cruciale. Su questa linea: CENSIS, *I cantieri per la sanità del futuro*, in *54° Rapporto Censis sulla situazione sociale del paese*, Roma, 2020.

³ In tema di eversività della norma costituzionale si è espresso R. FERRARA in *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in *Trattato di Biodiritto. Salute e Sanità*, a cura di R. FERRARA, P. ZATTI, S. RODOTÀ, Roma, 2010, 51-63. In questa prospettiva, l'organicità e l'integralità quali attributi del rinnovato sistema costituzionale dei diritti della persona ricorrono frequentemente nel dibattito costituzionale.

⁴ Nel disegno costituzionale, come si approfondirà, il diritto alla salute, in generale, e il diritto alle cure, in particolare, sono diritti sociali, la garanzia dei quali necessita dell'intervento dei pubblici poteri: detengono, così, pari dignità assiologica dei diritti di libertà nel sistema costituzionale integrato dei diritti essenziali. In questo senso, la storia del diritto alla salute nella sua dimensione positiva e sociale è storia della Costituzione: la storia, cioè, dei percorsi interpretativi che hanno marcato il riconoscimento e la garanzia dei diritti sociali costituzionalmente protetti nell'avvicinarsi dei cambiamenti sociali, politici ed economici della penisola. Su questo versante: S. RODOTÀ, *Diritti e libertà nella storia d'Italia*, Roma, 2011, 85-122.

⁵ Quello del decisore politico è dunque un intervento politico costituzionalmente necessario, e dunque non discrezionale, in quanto vincolato al raggiungimento dell'obiettivo di tutela della salute e, in termini più generali, di protezione sociale. Intorno alla non-autosufficienza della norma costituzionale in questione: A. D'ATENA, *Costituzionalismo e tutela dei diritti fondamentali*, Torino, 2018, 13-30.

Nell'attuale e rinnovata riflessione incalzata dall'evento pandemico, la storicità e la politicità sono riemerse quali elementi caratterizzanti la tutela della salute e del relativo diritto all'interno del progetto costituzionale di trasformazione della realtà sociale: il «progetto costituzionale di uguaglianza sostanziale»⁶. Emergente dalla lettura in filigrana dei principi costituzionali fondamentali e scaturita dall'incontro tra istanza socialista e quella della dottrina sociale cattolica, la Costituzione repubblicana è infatti espressione di un disegno etico-normativo organico, circolare, profondamente innovatore e propulsore di una visione delle istituzioni in forte discontinuità con il passato⁷. In altre parole, la Carta costituzionale, nata da quell'esperienza di lotta comune e progettuale che è stata la Resistenza⁸, abbraccia un progetto organico di superamento delle disuguaglianze sociali esistenti, di traduzione delle istanze sociali in futuri «diritti di uguaglianza» e, in questa direzione, di realizzazione di una effettiva pari dignità sociale della persona all'interno della società per mezzo della Repubblica⁹. Il principio dell'uguaglianza sostanziale, dunque, trova fondamento nel riconoscimento costituzionale della contraddizione esistente tra ordine giuridico e ordine sociale e è chiamato, in definitiva, a guidare la dinamica dell'azione dei pubblici poteri verso il superamento delle disuguaglianze sociali di fatto esistenti, fra queste quelle di salute, che significativamente marcano la società¹⁰. Come emerso in alcuni cruciali passaggi del dibattito costituente intorno alla formulazione di tale principio costituzionale, il superamento delle disuguaglianze di salute, determinate da fattori sociali e affliggenti i territori della penisola, continua ad essere terreno d'elezione per l'opera del decisore politico nella tortuosa strada verso il raggiungimento della «rivoluzione promessa»¹¹.

⁶ Su questo versante: S. CASSESE, *L'uguaglianza sostanziale nella Costituzione, genesi di una norma rivoluzionaria*, in *Le Carte e la Storia*, 1, 2017, 1-13. Inoltre, intorno all'uguaglianza sostanziale quale principio fondante lo statuto epistemologico del costituzionalismo post-bellico moderno: G. AZZARITI, *Portata rivoluzionaria dell'uguaglianza, tra diritto e storia*, in C. GIORGI (a cura di), *Il progetto costituzionale di uguaglianza sostanziale*, Roma, 2015, 23-36.

⁷ Per alcune considerazioni intorno alla discontinuità con il passato recente e lontano imposta dalla Costituzione nel momento della transizione costituzionale in riferimento alla garanzia dei diritti della persona per mezzo delle istituzioni repubblicane: P. POMBENI, *Ricostruire lo Stato, progettare il futuro: alle origini del momento costituente*, in G. BERNARDINI, M. CAU, G. D'OTTAVIO, C. NUBOLA, S. ROSSI (a cura di), *L'età costituente. Italia 1945-1948*, Bologna, 2017, 329-335. Intorno alla gestazione di tale principio nel dibattito costituente ad opera di Lelio Basso e di Massimo Giannini: C. GIORGI, *Il principio di uguaglianza: culture politiche e dibattito costituente*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1, 2018, 9-44.

⁸ Sulla Resistenza come esperienza di discontinuità e progettualità, anche sul versante della tutela della salute: B. PEZZINI, S. ROSSI (a cura di), *I giuristi e la Resistenza. Una biografia intellettuale del paese*, Milano, 2016, 3; A. GIOVANARDI, *La riforma sanitaria del CNL del Veneto*, in *Sanità e Resistenza*, Roma, 1978.

⁹ Ancora, seguendo la lettera del secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione, il perno del progetto rivoluzionario in questione appare lo stesso concetto di pari dignità sociale, fulcro dell'uguaglianza sostanziale: A. GIORGI, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999, 1-6. In questo disegno, come si è già in parte delineato, il raggiungimento dell'uguaglianza sostanziale avviene attraverso la garanzia da parte dei pubblici poteri dei diritti sociali fondamentali, tra i quali il diritto alla salute ricopre un ruolo cruciale nel rinnovato sistema costituzionale e integrato dei diritti essenziali della persona.

¹⁰ In questa direzione interpretativa: U. ROMAGNOLI, *Il principio di uguaglianza sostanziale*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione. Principi fondamentali*, Bologna, 1975, 162-198.

¹¹ Nel momento costituente, le disparità fra livelli di tutela della salute, sia di carattere strutturale all'interno dell'allora vigente sistema mutualistico che di carattere territoriale, apparivano, secondo le stesse parole del Costituente Ludovico Camangi, «una delle più dolorose disuguaglianze tra i cittadini» che la neonata Repubblica

In riferimento alla tutela della salute, abbracciata tale prospettiva orientata al principio costituzionale di uguaglianza sostanziale, l'opera della legislazione appare dunque finalisticamente vincolata all'eliminazione delle disuguaglianze di salute attraverso l'assunzione da parte del decisore politico di strumenti di tutela volti all'uguale miglioramento della salute della popolazione¹². In questa prospettiva, può considerarsi che l'articolo 32 detiene una originaria vocazione universalistica: con lo sguardo rivolto al rivoluzionario Piano Beveridge, a taluni fra i Costituenti l'istituzione di un servizio sanitario universale, globale e uguale è infatti apparsa come la più spontanea e diretta modalità di attuazione della tutela costituzionale della salute¹³. Nonostante l'incompiuta costituzionalizzazione del paradigma universalistico in sanità, può allora ritenersi che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale affondi le sue radici nel fervente «clima culturale e giuridico» del momento costituente: nel quale era già viva e divisiva la riflessione intorno all'emersione delle possibili e strutturali criticità di tale istituzione di solidarietà nel fragile sistema di protezione sociale ereditato dalle precedenti esperienze costituzionali¹⁴. Soltanto alla fine dei fertili e inquieti anni Settanta, la transizione dal paradigma mutualistico-assicurativo a quello universalistico, compiuta a trent'anni dall'entrata in vigore della Costituzione, ha condotto il decisore politico ad abbracciare una interpretazione e attuazione integrali della norma costituzionale di principio in questione, giungendo a rivitalizzarne l'originaria traccia universalistica e l'intrinseca connessione con i principi costituzionali personalista, solidarista e di uguaglianza sostanziale¹⁵. Con l'introduzione del Servizio sanitario nazionale la Repubblica ha dunque assunto la funzione pubblica di tutela della salute, ricercando un nuovo ordine sociale, istituzionale e giuridico mediante tale istituzione di

ereditava dal recente passato. Sul punto: C. CLEMENTE, *La salute prima di tutto. Art. 32 della Costituzione italiana: testo integrale del dibattito costituente e attualità di un'analisi sociologica*, Milano, 2020, 90-97.

¹² Per una riflessione immediatamente successiva al momento costituente intorno al legame tra principio di uguaglianza sostanziale e tutela della salute di tutta la popolazione nel progetto costituzionale e repubblicano: S. CARBONARO, *I rapporti civili e politici* e S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950, 135-139 e 334-336. Attraverso un rinnovato sistema di protezione sociale, dunque, i primi commentatori della Costituzione auspicavano un miglioramento delle condizioni di salute di tutta la popolazione senza distinzione di classe sociale.

¹³ Su questo versante, si indicano il contributo alla riflessione intorno alla definizione dell'articolo 32 del gruppo parlamentare dei sanitari e, all'interno di questo, le voci dei Costituenti Giuseppe Caronia e Ludovico Camangi. Quest'ultimi, infatti, guidarono il dibattito costituente nella seduta del 24 aprile 1947 e proposero rispettivamente due emendamenti, i quali rispecchiavano le loro diverse posizioni, volti in ogni caso a sottolineare la centralità della questione organizzativa della tutela della salute, la necessità di far cadere la formula di garanzia della gratuità delle cure agli indigenti riduttiva dell'ambito oggettivo di intervento di tutela della salute e, conseguentemente, a costituzionalizzare il paradigma universalistico sanità. Sul punto, si rinvia a: I. FARNETANI in *Pediatri e medici alla Costituente. Un pezzo sconosciuto di storia della Repubblica*, Ferrara, 2006.

¹⁴ Sulla straordinaria ricchezza del dibattito costituente per la riflessione ancora attuale sulle criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale: R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute*, in *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 19-23 e, su questa linea di analisi: M. Cocconi, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998, 38-59.

¹⁵ Per alcune considerazioni di ordine generale su tale versante: S. Rossi, *I principi del biodiritto in Assemblea Costituente*, in *Rivista di Biodiritto*, Special issue 2, 2019, 5-25, 18-22. Sulla scorta della più feconda riflessione costituzionalistica, l'autore indica la Carta costituzionale come testo responsivo e guida etico-normativa alla quale rivolgersi per trovare risposte agli interrogativi generati, specie in riferimento alla garanzia del diritto alla salute, dalla crisi dell'esistente.

solidarietà: nel lungo andare della storia costituzionale della Repubblica, però, tale istituzione di solidarietà, pilastro dello Stato sociale, ha mostrato alla prova dell'esperienza talune strutturali criticità¹⁶.

3. Le criticità strutturali del Servizio sanitario nazionale

Nella ricerca delle strutturali criticità del Servizio sanitario, lo sguardo può nuovamente cadere sul dibattito dell'Assemblea Costituente, fertile fucina di analisi in grado di arricchire la contemporanea riflessione: tali criticità, ancora attuali, appaiono storicamente determinate¹⁷. Ripercorrendo alcuni passaggi cruciali del dibattito costituente sono rintracciabili le questioni che hanno marcato storicamente l'evoluzione trasformativa di tale istituzione e che hanno stimolato nel tempo la riflessione degli interpreti: la strutturale ricerca di un equilibrio tra le ragioni dell'uniformità e quelle della differenziazione, la sostenibilità finanziaria del paradigma universalistico, la necessità di rifondare il rapporto di cura tra medico e paziente sulla fiducia e, non da ultimo, il superamento della concezione della salute come mera assenza di malattia, volgendo lo sguardo ai determinanti sociali della stessa e all'interdipendenza tra momento sanitario e sociale¹⁸. Tali dirompenti interrogativi hanno trovato risposte diversificate nel lungo andare dell'esperienza costituzionale della Repubblica, divenendo soltanto con l'istituzione del Servizio sanitario oggetto di riflessione politica attenta e di scelte politiche trasformative. Nonostante la radicale rottura ideale imposta dalla transizione costituzionale, la Carta Costituzionale è apparsa come un mero punto di partenza sul quale faticosamente costruire la trasformazione della società italiana: sul versante della tutela della salute si è infatti registrata una sostanziale continuità con i periodi liberale prima, fascista poi¹⁹. Abbandonate le istanze universalistiche nei primi trent'anni della storia repubblicana, il sistema di protezione sociale è rimasto frammentario e primitivo e, avvalorata una

¹⁶ Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si è detto, la Repubblica ha assunto la funzione pubblica di tutela della salute, devitalizzando la formula di garanzia di gratuità delle cure per gli indigenti avvalorando la seguente riformulazione dell'articolo 32, come riportata all'articolo 1 della legge 883 del 1978, istitutiva dello stesso: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio sanitario nazionale».

¹⁷ Per prime riflessioni su questa linea di analisi storico-giuridica: B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *Rivista di Biodiritto*, 2, 2019, 132-133.

¹⁸ In termini generali, sull'eredità dei Padri e delle Madri Costituenti fino ai nostri giorni: S. CASSESE, *Le grandi voci lontane: ideali costituenti e norme costituzionali*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1, 2018, 1-7. Come si è in parte anticipato, in termini particolari sul versante della tutela della salute, quella del momento costituente e del relativo dibattito assembleare è una ricca e forte eredità che continua a guidare l'attuale riflessione: R. BALDUZZI in *Medicina oltre la cura*, in *Rivista di Biodiritto*, Special issue 2, 2019, 377-392, 381-384. L'attenzione dei Costituenti intorno a tali questioni emerge dalla lettura dei lavori preparatori della prima Sottocommissione per la definizione dei principi costituzionali fondamentali, e quelli relativi alla formulazione dell'articolo 32, svolti dalla seconda Sottocommissione.

¹⁹ In termini generali, intorno alla sostanziale continuità del periodo repubblicano con i periodi precedenti: N. BOBBIO, *Tra due repubbliche. Alle origini della democrazia italiana*, Roma, 1996, 27-34 e L. PALADIN, *Per una storia costituzionale dell'Italia repubblicana*, Bologna, 2004, 250-275. Nello specifico, sull'immobilismo politico in materia di garanzia del diritto alla salute e all'assistenza sociale: F. TARONI, *La non-nascita del SSN: occasione perduta o strada non presa? Continuità e cesure nelle politiche sanitarie e nella legislazione sociale del secondo dopoguerra in Italia*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, 373-424

interpretazione minimale dell'articolo 32 della Costituzione, il paradigma assicurativo ha continuato a fondare le politiche sanitarie²⁰. Dai primi anni Settanta, però, la crisi finanziaria del sistema mutualistico, sviluppatosi in assenza di un disegno generale, è divenuta irreversibile: tale sistema si è rivelato fortemente iniquo, frammentato nell'azione concorrente di attori pubblici e privati, centrali e locali, provocando l'accensione del dibattito intorno alla riforma sanitaria²¹. Su tale crisi di legittimità sono allora fiorite le premesse sociali, politiche e giuridiche della transizione al paradigma universalistico: in una rinnovata fase di disgelo costituzionale, le politiche sanitarie e sociali sono allora finalmente divenute terreno d'attuazione dei principi costituzionali fondamentali²². Alla fine degli anni Settanta, dopo una tortuosa gestazione politica, l'eredità dei movimenti per la salute e della rinnovata cultura giuridica costituzionalmente orientata ha trovato accoglimento nella legislazione statale²³: intrecciandosi all'evoluzione regionalistica della Repubblica, l'istituzione del Servizio sanitario nazionale sui principi di universalità dei destinatari, di globalità delle prestazioni, di uguaglianza di trattamento nonché di territorialità, integrazione sociosanitaria e di partecipazione, ha dunque aperto la strada all'attuazione piena del mandato costituzionale e del compito repubblicano di tutela della salute²⁴.

3.1. La riforma sanitaria e il suo difficile percorso attuativo

Proseguendo su tale linea di analisi storico-giuridica, può considerarsi che, raggiunta la riforma sanitaria, altrettanto difficile si è dimostrata l'attuazione dei principi istitutivi di tale istituzione di solidarietà e degli istituti previsti dalla legge²⁵. Nell'articolazione principialista della legge istitutiva del Servizio sanitario si possono d'altra parte rilevare almeno due insiemi finalistici, espressione di un disegno riformatore che trova fondamento nel principio costituzionale di uguaglianza sostanziale. Gli obiettivi

²⁰ Durante gli anni Cinquanta e Sessanta, si è registrata una devitalizzazione del valore giuridico della norma costituzionale in questione, trovando tra gli interpreti un ridimensionamento del significato giuridico della programmaticità: D. MORANA, *Dal 1948 al 1978: l'interpretazione riduttiva dell'art. 32 Cost. nel primo trentennio sanitario*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, cit., 321-331.

²¹ Il sistema mutualistico, frammentario, irrazionale e inefficiente, ha dimostrato le sue strutturali e intollerabili criticità, dimostrandosi propulsore di disuguaglianze di salute tra il Settentrione e il Meridione della penisola: F. TARONI, *Le politiche sanitarie in Italia. Il servizio sanitario in prospettiva storica*, Roma, 2011, 20-22.

²² Intorno al disgelo costituzionale, anche sul versante dei diritti sociali fondamentali: S. RODOTÀ, *Diritti e libertà nella storia d'Italia*, cit., 98-104. Inoltre, sul cambiamento dei percorsi interpretativi della norma costituzionale sulla scia dei cambiamenti sociali e politici: L. MONTUSCHI, *Art. 32 co.1*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna, 1976, 146-148.

²³ Il contributo al raggiungimento della riforma sanitaria da parte dei movimenti per la salute è stato, d'altra parte, cruciale: e ha permesso di consolidare le forti istanze di riottura sulle quali la legge 883 del 1978 si è fondata: C. GIORGI, I. PAVAN, *Le lotte per la salute in Italia e le premesse della riforma. Partiti, sindacati, movimenti, percorsi biografici (1958-1978)*, in *Studi Storici*, 2, 2019, 417-455, 421-427.

²⁴ L'approdo alla legge 883 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale è stato dunque difficile, dimostrandosi punto di arrivo di un lungo percorso di fioritura delle premesse sociali, politiche e giuridiche che sono state finalmente tradotte in legislazione. Su questo versante: V. PETRONI, R. PIETROPAOLO, *Storia socio-politica della riforma della sanità*, Roma, 1975, 249-253 e, inoltre, S. LUZZI, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Roma, 2004, 300-311.

²⁵ Per prime considerazioni sulle difficoltà relative all'attuazione della legge in questione: F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 539-588.

che hanno mosso la sua istituzione sono tanto «il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni sociosanitarie del paese», quanto «la tutela delle categorie socialmente vulnerabili» quali gli anziani, i portatori di disabilità e i malati psichiatrici²⁶. Abbracciata la definizione di salute quale «completo stato di benessere fisico, psichico e sociale», la riforma in questione ha dunque inteso ideare un sistema globale e integrato di cura fortemente imperniato sul momento preventivo finalizzato a rispondere ai bisogni sanitarie e sociali della popolazione epidemiologicamente rilevati, tanto da essere inizialmente accolta come «riforma sociosanitaria»²⁷. Sin dagli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della legge 883 del 1978, però, sono emersi taluni limiti originari accanto a forti difficoltà attuative²⁸. Un insieme complesso di fattori ha infatti concorso a causare dapprima una tacita riscrittura dei principi istitutivi del Servizio sanitario nazionale e, in seguito, a consacrare la prevalenza delle correnti controriformistiche nel più generale scenario del contenimento della spesa pubblica e della crisi dello Stato sociale²⁹.

Durante tutto il corso degli anni Ottanta, sono gradualmente emerse talune strutturali criticità del Servizio sanitario, sulle quali hanno inciso le successive riforme della riforma e che, nel lungo andare dell'esperienza costituzionale della Repubblica, hanno raggiunto i nostri giorni. Sullo sfondo di tali criticità riposano, si è in parte detto, diversi fattori politici, culturali e sociali. Sul versante politico e culturale, è innanzitutto necessario indicare il ritardo della riforma italiana innestatasi in un sistema politico nazionale mutevole, ulteriormente aggravato dall'imperversare di cicliche crisi economico-finanziarie e dal parallelo declino dell'assetto culturale sul quale questa era fiorita³⁰. Sul versante sociale, invece, si è assistito all'evolvere dei bisogni sanitari e sociali della popolazione e al conseguente differenziarsi della domanda assistenziale in un paese in trasformazione «tanto nell'economia quanto nelle condizioni di salute»³¹. A tali fattori si sono poi intrecciate le disfunzionalità caratterizzanti alcuni isti-

²⁶ L'uguaglianza è il principio che ha ispirato il decisore politico nella definizione degli obiettivi del Servizio sanitario, come è limpidamente espresso al terzo comma dell'articolo 1 della legge: «Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture e dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini». All'articolo 2 sono in seguito individuati gli obiettivi della legge di cui si discute.

²⁷ L'innovativa definizione di salute è quella promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'atto costitutivo del 1946, poi riaffermata nella Conferenza di Alma Ata del 1978. Alla luce degli obiettivi e delle finalità dichiarate dalla legge, la considerazione intorno alla natura sociosanitaria della riforma è di M. PASQUINI, D. PASQUINI PERUZZI, *Il servizio sanitario nazionale. Profili funzionali e strutturali*, Napoli, 1979, 31.

²⁸ Agli occhi di coloro che avevano partecipato alla gestazione della legge istitutiva in questione, d'altra parte, era chiaro che la vera riforma sanitaria inizia dopo l'approvazione di questa legge: così Giovanni Berlinguer, protagonista e promotore del dibattito parlamentare intorno alla riforma sanitaria, come riportato da F. TARONI in *Le politiche sanitarie in Italia*, cit., 213.

²⁹ In questa prospettiva: C. GIORGI, I. PAVAN, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, 2021, 458-466.

³⁰ Approvata la riforma sanitaria negli ultimi giorni del 1978, il successivo Esecutivo che era chiamata ad attuarla l'aveva combattuta nei decenni precedenti. Parallelamente all'imperversare della crisi economica della fine della decade, si rafforzavano nel contesto internazionale le istanze revisionistiche del modello classico di welfare: F. TARONI, *Le politiche sanitarie in Italia*, cit., 218-219

³¹ Parallelamente al miglioramento delle condizioni sanitarie del paese, infatti, è emersa una nuova domanda di salute dovuta all'invecchiamento della popolazione e al diffondersi di malattie croniche e degenerative che

tuti della legge, prime fra tutti le Unità sanitarie locali, repentinamente emerse nella prassi: gli strumenti organizzativi originari chiamati a tradurre in realtà il principio dell'integrazione sociosanitaria e quello partecipativo, strutturalmente connesso con quello della territorialità, hanno infatti mostrato forti debolezze³². Ferma la multifattorialità delle ragioni determinanti il ridimensionamento dei principi istitutivi del Servizio sanitario, però, massima responsabilità ha avuto, nella fase dell'attuazione, il vacillare della volontà politica che ha condotto a disattendere tanto a livello statale quanto a livello regionale l'implementazione di alcuni istituti centrali del disegno riformatore: fra tutti, in particolare, quello della programmazione sanitaria³³. Il piano sanitario nazionale è stato approvato per la prima volta a quindici anni dall'istituzione del Servizio, mentre talune Regioni non si sono dotate di un piano regionale fino ai primi anni Duemila³⁴. Sul versante del pluralismo istituzionale, inoltre, l'attuazione della riforma nelle realtà regionali si è dimostrata disomogenea, provocando l'aumento del divario sanitario esistente tra le Regioni del Settentrione e quelle del Meridione: l'obiettivo di realizzare il diritto egualitario nel contesto delle comunità in ossequio al principio costituzionale di uguaglianza sostanziale è così rimasto infranto nel riaffermarsi di un'elevata differenziazione nelle scelte tanto di principio quanto organizzative. Sulla base di ciò, si è immediatamente consolidata l'immagine di un servizio sanitario nazional-regionale a velocità multiple³⁵. Tale di repentina crisi trasformativa del Servizio sanitario e di ineffettiva esigibilità del diritto sociale alle cure è dunque apparso terreno fertile per il rafforzamento della sanità privata, provocando la fuoriuscita delle classi sociali più benestanti dal circuito della sanità pubblica e, in definitiva, la crisi dello stesso paradigma universalistico³⁶.

hanno imposto al Servizio sanitario di ricercare nuove risposte organizzative e terapeutiche: G. COSMACINI, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Roma, 1994, 314-319.

³² Per entrambi i principi, i nodi critici hanno riguardato la disciplina giuridica e organizzativa delle Unità sanitarie locali, fulcro dell'organizzazione sanitaria territoriale. Sul versante dell'integrazione sociosanitaria, l'obbligo previsto all'articolo 10 ultimo comma per le Regioni di legiferare in materia di «gestione coordinata e integrata dei servizi dell'Unità sanitaria locale con i servizi sociali esistenti sul territorio» è stato reso difficile dal persistere di due diverse linee di finanziamento per i servizi sanitarie e per quelli sociali così divenendo, come si vedrà, oggetto di regolamentazione regionale altamente disomogenea. Sul fronte della partecipazione, invece, la presenza della componente politica negli organi dell'Usl, originaria dimensione rappresentativa e partecipativa della cittadinanza, si è rivelata funzionale alla prevalenza degli organi politico-rappresentativi degli stessi Comuni, così cadendo in una irreversibile crisi di legittimità.

³³ Si è infatti a lungo registrato un uso improprio della legge finanziaria in funzione contenitiva della spesa sanitaria pubblica e in sostituzione della programmazione sanitaria statale.

³⁴ La mancata programmazione sanitaria statale ha concorso a determinare la crisi del Servizio sanitario nazionale, contribuendo a un utilizzo spesso irrazionale della spesa pubblica. Nei territori regionali più virtuosi, come nel caso dell'Emilia-Romagna e della Toscana, la programmazione regionale ha concorso a una gestione responsabile delle risorse e, complessivamente, alla costruzione di servizi sanitari regionali efficienti. Tali Regioni, d'altra parte, erano giunte a sperimentare in materia di servizi sociosanitari prima della riforma statale, anticipandone gli approdi: F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in M. SALVATI, I. SCIOLLA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, Vol. I, Roma, 2015, 411-427.

³⁵ La divaricazione dei servizi sanitari regionali, infatti, ha trovato origine nella fase attuativa della riforma sanitaria e, come si vedrà, è andata acuendosi negli anni Novanta in seguito alla regionalizzazione del Servizio stesso. Per prime considerazioni: R. BALDUZZI, *Cinque anni di legislazione decentrata: varietà e coesione di un sistema nazional-regionale*, in *Le Regioni*, 5, 717-739.

³⁶ Pur in assenza di una rilevazione costante del ricorso della popolazione a strutture sanitarie non convenzionate, si è rilevato che il tasso di spesa sanitaria privata a carico delle famiglie è cresciuto esponenzialmente lungo tutto

3.2. La crisi trasformativa e il ridimensionamento dei principi istitutivi

Lo scenario critico dell'attuazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che si è inteso tratteggiare nella sua complessità pur senza pretesa di esaustività, è stato seguito da un percorso riformistico altrettanto travagliato: il ridimensionamento dei principi di universalità, globalità e uguaglianza, inverteosi tacitamente nel primo decennio dall'approvazione della riforma, con il prevalere delle istanze controriformistiche dei primi anni Novanta è divenuto ridimensionamento di diritto³⁷. Nell'aggravarsi della crisi trasformativa del Servizio sanitario, sono rimaste dunque irrisolte le cruciali questioni dell'integrazione sociosanitaria e della partecipazione, alle quali si può guardare come due componenti della più generale questione del sottosviluppo della sanità territoriale: della difficoltà delle istituzioni della Repubblica, cioè, di dar vita a una rete sanitaria territoriale di cure primarie e intermedie in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni sanitari della popolazione, alternativa al circuito ospedaliero e capillarmente diffusa nelle realtà territoriali della penisola³⁸. Le tre riforme organiche intervenute negli anni Novanta, d'altra parte, hanno inciso significativamente sul volto storico del Servizio sanitario, operando sostanziali modifiche alla disciplina originaria e fornendo risposte tra loro opposte alla crisi di tale istituzione in generale e alla questione del rafforzamento dei servizi sanitari territoriali in particolare. Se la prima riforma del 1992 è andata nella direzione di introdurre forme differenziate di assistenza sanitaria e di perseguire la concorrenzialità tra sanità pubblica e privata, la seconda ha invece operato una correzione di rotta, pur confermando talune scelte riformistiche quantificanti: fra le molte, di cruciale rilevanza e attualità sono la deparlamentarizzazione della programmazione sanitaria, la regionalizzazione della tutela della salute, nonché la depoliticizzazione del momento gestionale attraverso l'aziendalizzazione delle strutture sanitarie³⁹. Sul fronte dell'organizzazione territoriale, quest'ultime scelte trasformativa, rivelatesi durature, hanno avuto forti ricadute in

il corso degli anni Ottanta e Novanta: G. VICARELLI, *Politica sanitaria e medicina privata in Italia*, in *Stato e mercato*, 36, 1992, 457-471.

³⁷ Per prime considerazioni sul punto: A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità: una lettura sinottica degli snodi istituzionali fondamentali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale*, cit., 263-319.

³⁸ Il sottosviluppo delle cure primarie e intermedie, d'altra parte, è stato individuato dalla stessa Tina Anselmi, Ministra della Salute in carica all'epoca dell'approvazione della riforma sanitaria, nonché da parte dell'attenta comunità scientifica come criticità strutturale del Servizio sanitario nazionale. Sin dall'istituzione del Servizio sanitario, dunque, si è dimostrata forte la necessità di «sviluppare nel territorio una medicina e dei servizi che diminuiscano il ricorso all'ospedale», secondo le parole della stessa Anselmi nell'intervista *Progetto salute: la legge istitutiva del SSN*, 1980, Archivi Rai. Può inoltre considerarsi che gli strumenti di partecipazione e di integrazione fra politiche sanitarie e sociali, originariamente affidati alle scelte organizzative dei legislatori regionali oltre che a istituti dimostratisi disfunzionali, si innestano nella più generale organizzazione territoriale dei servizi sanitari, come emerge dalla lettera della legge istitutiva, potendo dunque essere inquadrare come linee direttrici dello stesso principio di territorialità: B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, cit., 132-133.

³⁹ Sugli obiettivi di superamento dell'impianto principialista della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionali abbracciati dalla riforma del 1992: B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario nazionale nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 559-573. In particolare, il decreto in questione superava il principio di universalità, introducendo forme differenziate di assistenza e la parallela fuoriuscita dei beneficiari dal raggio d'azione del Servizio sanitario nazionale e mostrando la sua sostanziale reversibilità. Sulla base della stessa legge delega, la seconda riforma operata con decreto del 1993 ha invece corretto quest'ultimi profili di controriforma: V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 667-680.

materia di integrazione sociosanitaria e di raccordo tra assistenza ospedaliera e assistenza sanitaria territoriale. In questa convulsa e incerta fase, infatti, tali questioni non sono divenute oggetto di soluzioni istituzionali forti da parte del legislatore statale⁴⁰. Conseguentemente, lungo il corso dell'ultima decade del secolo, sono aumentate e rafforzate le significative differenze nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi sanitari delle Regioni: tanto sul versante del rafforzamento delle Cure primarie e intermedie, quanto dell'integrazione sociosanitaria e della partecipazione, è allora intervenuta l'ultima riforma organica del Servizio sanitario nazionale, che è a taluni apparsa come una «riproposizione razionalizzata della cultura e delle istituzioni volute dalla legge 883 del 1978»⁴¹.

3.3. L'evoluzione regionalistica dell'istituzione e l'assestarsi del quadro critico dei regionalismi sanitari

Il travagliato percorso riformistico della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che assomiglia a una strada tortuosa e fitta di scelte sostanziali e cruciali mancate o rimandate, si è chiuso alla fine del secolo con l'ultima riforma organica del 1999 da parte del legislatore statale, la quale ha finalmente cercato di affrontare la criticità, ormai divenuta storica e strutturale, del sottosviluppo della sanità territoriale o di prossimità. In questo caso, il legislatore ha proposto alcune nuove soluzioni istituzionali: ferma la regionalizzazione del Servizio, sono stati infatti introdotti nuovi obblighi per le Regioni in materia di collaborazione con i Comuni; nella direzione di potenziare il principio di territorialità, è stato valorizzato il ruolo del distretto sanitario inteso quale «struttura portante delle aziende, luogo di interazione delle autonomie locali e di rilevazione del bisogno di salute della popolazione»⁴². L'attuazione di questo disegno riformatore, però, ha incontrato il prevalere dell'istanza regionalista, suggellata nella riforma costituzionale di inizio secolo. Ancora una volta, dunque, la strada verso il rafforzamento della

⁴⁰ Da un lato, la regionalizzazione del Servizio sanitario ha estromesso i Comuni, originariamente titolari della funzione pubblica di tutela della salute tramite le Unità sanitarie locali, così aumentando il divario tra servizi sociali e sanitari: la titolarità di quest'ultimi è stata infatti affidata a due soggetti giuridici diversi e lo strumento della delega facoltativa è stato scarsamente utilizzato dagli stessi Comuni. Sul punto: L. BRIZZI, F. CAVA, *L'integrazione socio-sanitaria*, Roma, 2004, 40-45. Quanto al rafforzamento dei servizi sanitari territoriali, invece, la regionalizzazione ha aperto la strada alla divaricazione dei servizi sanitari regionali, tanto nell'organizzazione dell'erogazione dei servizi quanto nei principi istitutivi degli stessi. Sul punto: E. GRIGLIO, *La sanità oltre le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, cit., 223-261.

⁴¹ Tale giudizio di sintesi è espresso da A. MATTIONI in *Le quattro riforme della sanità: una lettura sinottica degli snodi istituzionali fondamentali*, cit., 310-312. Altrettanto positivo è lo sguardo offerto da larga parte degli osservatori sul decreto legislativo 229 del 1999 in questione che, nonostante la forte divisione, è apparso capace di rilanciare i principi della legge istitutiva anche attraverso l'introduzione di nuovi istituti: F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 576-593.

⁴² La riforma ha abbracciato una rinnovata definizione del Servizio sanitario nazionale, ancora oggi inteso come «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e dalle istituzioni di rilievo nazionale», così abbracciando la scelta della regionalizzazione. Le innovazioni introdotte dalla riforma in questione, preannunciate nel Piano sanitario nazionale 1998-2000, sono dunque la valorizzazione del distretto sanitario, oltre all'introduzione di una definizione di prestazioni sociosanitarie, l'obbligo per le Regioni di prevedere uno spazio per l'integrazione sociosanitaria all'interno delle Carte dei servizi, nonché l'obbligo per le stesse di istituire la Conferenza regionale per la programmazione sanitaria e sociosanitaria. Su questo versante: A. BIANCO, *Commento all'art.3* e G. CARPANI, *Commento all'art.2*, in F. ROVERSI-MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Santarcangelo di Romagna, 2000.

sanità territoriale, pur centrale scelta politica abbracciata dal legislatore statale di fine secolo, ha trovato declinazioni interpretative molteplici e percorsi attuativi frammentati nelle diverse realtà regionali⁴³.

Se sul versante dell'organizzazione sanitaria territoriale le Regioni hanno ricoperto un ruolo cruciale sin dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, può considerarsi che, in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, l'evoluzione regionalistica di tale istituzione di solidarietà ha subito una decisiva accelerazione⁴⁴. Nelle ultime due decadi di crisi dello Stato sociale, infatti, parallelamente al ridimensionamento della centralità dello Stato nelle politiche di welfare, si è registrato l'aumento della differenziazione delle politiche sanitarie regionali e, contestualmente, una accentuata divaricazione dei modelli organizzativi dei servizi sanitari regionali⁴⁵. Con particolare intensità in relazione alla questione del rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, infatti, le Regioni hanno intrapreso direzioni altamente differenziate. Talune, storicamente più virtuose e innovatrici, hanno inaugurato percorsi di sperimentazione in materia di organizzazione territoriale dei servizi sanitari, integrazione sociosanitaria e partecipazione: è il caso dell'Emilia-Romagna e della Toscana⁴⁶. Più spesso, altre, storicamente dotate di scarsa capacità amministrativa o per assenza di volontà politica, hanno tardato nel riconoscere la centralità della necessità di sperimentare, non intraprendendo alcuna scelta politica su questo versante: è il caso di un cospicuo numero delle Regioni del Meridione e, accanto a queste, il caso diverso e specifico della Lombardia⁴⁷. Nel rinnovato impianto regionalista dell'ordinamento costituzionale della Repubblica, le politiche sanitarie si sono dunque affermate come «laboratori di identità

⁴³ Su questa prospettiva di analisi: G. PARODI, *L'integrazione sociosanitaria nel quadro del nuovo Titolo V, parte seconda, della Costituzione. Prime considerazioni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Salute e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2001, 69-85.

⁴⁴ La tensione tra uniformità e differenziazione, come d'altra parte si è a più riprese illustrato, è una delle questioni originarie del Servizio sanitario nazionale, già emersa e affrontata in Assemblea Costituente. Ferma la centralità del ruolo delle Regioni e del principio del pluralismo istituzionale nel disegno istitutivo della legge 883 del 1978, infatti, l'evoluzione regionalistica del Servizio sanitario ha seguito l'incerto evolvere del regionalismo italiano, oggetto del «paradosso dell'eterno riformatore»: R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, 118. La stessa riforma costituzionale ha infatti mostrato forti difficoltà interpretative e attuative: L. VANDELLI, *Le regioni italiane tra federalismo e centralismo*, in M. SALVATI, I. SCIOCCA (a cura di), *L'Italia e le sue Regioni. L'età repubblicana*, cit., 11-28.

⁴⁵ Si tratta di una tendenza evolutiva dei «modelli storici» dei servizi sanitari regionali, come in parte delineato sopra, già evidente nella fase attuativa della legge istitutiva del Servizio sanitario e accelerata negli anni Novanta: E. GRIGLIO, *La sanità oltre le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, cit., 223-261.

⁴⁶ Ispirate al principio di solidarietà sociale e di uguaglianza, le legislazioni regionali delle Regioni in questione si sono distinte per la capacità di costruire welfare sanitari regionali in grado di programmare la risposta alla domanda di salute della popolazione, così rafforzando la sanità pubblica e sviluppandola sul territorio. Sul punto: F. TARONI, *Fiducia e sostenibilità economica dei servizi sanitari: uno sguardo all'esperienza della Regione Emilia-Romagna* e M. ROSSI SANCHINI, *Il servizio sanitario della Regione Toscana*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Servizi sanitari regionali tra autonomie e coerenza di sistema*, Milano, 2005, 535-558.

⁴⁷ Per talune riflessioni di ordine generale sui regionalismi sanitari e, inoltre, di ordine particolare sul caso lombardo: B. PEZZINI, *Ventuno modelli sanitari? Quanta disuguaglianza possiamo accettare (e quanta disuguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Servizi sanitari regionali tra autonomie e coerenza di sistema*, cit., 415-424. Quanto al caso specifico della Regione Lombardia si rinvia all'analisi proposta al paragrafo 4 in tema di regionalismi sanitari.

regionale»⁴⁸. Dall'aspettarsi di questo rinnovato scenario è allora scaturito l'interrogativo, che giunge fino ai nostri giorni, intorno alla garanzia del principio di uguaglianza: fondamento costituzionale della stessa istituzione del Servizio sanitario nazionale⁴⁹.

L'interrogativo intorno all'effettiva funzionalità degli strumenti di garanzia del principio d'uguaglianza appare d'altra parte ancora oggi cruciale: l'istituto dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, abbracciato dalla stessa riforma costituzionale e posto a presidio di tale principio, si è infatti dimostrato fragile alla prova dell'esperienza⁵⁰. Inoltre, nel rinnovato sistema decentrato e multilivello del governo della salute in questione, si è preso atto del diversificato, o mancato, raggiungimento dei livelli essenziali da parte di numerose Regioni⁵¹. Nel contesto del ridimensionamento dei principi di universalità, globalità e uguaglianza e dell'imperversare di cicliche crisi economico-finanziarie, d'altra parte, il ruolo di definizione dei principi fondamentali e di guida delle politiche sanitarie nazionali anche a garanzia dell'uniformità, storicamente ricoperto dal legislatore statale, è andato gradualmente tramontando⁵². Nelle ultime due decadi si è in definitiva consolidato il quadro dei regionalismi sanitari, significativamente marcato da una strutturale ed elevata frammentazione dei percorsi sperimentali delle Regioni in materia di assistenza sanitaria territoriale, integrazione sociosanitaria e partecipazione: questo è dunque lo scenario che l'emergenza sanitaria scaturita dall'avvento della pandemia ha drammaticamente incontrato⁵³. La crisi di salute pubblica ha dunque provocato la riaccensione del dibattito intorno al ridimensionamento dei principi istitutivi del Servizio sanitario nazionale e, in termini specifici, intorno al sottosviluppo della sanità territoriale, con particolare intensità in alcuni territori della penisola, quale

⁴⁸ In questa prospettiva: F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, cit., 411-412.

⁴⁹ Per una chiara impostazione dell'interrogativo in questione: C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2018, 659-665.

⁵⁰ Anche rispetto a questo istituto, per la prima volta introdotto nella legge istitutiva del 1978, la tutela della salute si è dimostrata settore di sperimentazione e innovazione per l'intero ordinamento costituzionale, specie in tema di regionalismo: G. DELLEDONNE, *Federalismo, livelli essenziali, diritti*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, 2010, 251-283. Intorno alla sostanziale fragilità di tale istituto deputato alla garanzia dell'uguaglianza nel rinnovato ordinamento costituzionale e regionalista: E. A. FERIOLE, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: la fragilità di una clausola destinata a contenere autonomia e uguaglianza*, in *Le Regioni*, 3, 2006, 564-573.

⁵¹ Sulla crescente valorizzazione dei Patti della Salute come atti politici centrali nella determinazione degli obiettivi condivisi tra Stato e Regione: G. CARPANI, *Accordi e intese tra governo e regioni nella più recente evoluzione del SSN*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, cit., 50-71.

⁵² Elemento propulsore di una differenziazione forte è stato, fra gli altri, la scelta del legislatore statale di disporre la piena regionalizzazione delle sperimentazioni regionali, superando la previsione dei precedenti poteri dello Stato e dei relativi obblighi regionali: R. BALDUZZI, *Le sperimentazioni regionali tra devoluzione delle competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Quaderni regionali*, 2004, 529-554.

⁵³ Per alcune considerazioni critiche di ordine generale sulla differenziazione nel contesto dei regionalismi sanitari: R. BALDUZZI, *Alcune conclusioni: la difficile equivalenza tra sottosistemi sanitari*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 148-156. Ancora, su questo versante, in relazione alle varieguate sperimentazioni regionali nella materia di cui si discute: C. BOTTARI, *Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario nazionale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2018, 1-11.

criticità strutturale del Servizio sanitario nazionale, rendendo manifeste le più tragiche ed estreme conseguenze di scelte politiche mancate o troppo a lungo rinviate⁵⁴.

4. La gestazione della costituenda riforma della sanità territoriale prima e durante l'esperienza pandemica

Nel lungo andare dell'esperienza costituzionale della Repubblica, si è ampiamente esaminato, l'evoluzione del Servizio sanitario nazionale è avvenuta in un «clima di empirica e mai pacificata sperimentazione»⁵⁵. Nell'imperversare dell'emergenza di salute pubblica, il sottosviluppo della sanità territoriale, delle Cure primarie e intermedie in alternativa al sistema ospedaliero, sovraccaricato e in affanno a causa della esponenziale diffusione virale, è dunque riemersa come strutturale criticità del Servizio sanitario nazionale⁵⁶. Sul versante dell'organizzazione sanitaria territoriale, nelle ultime due decadi, si sono susseguite numerose e diversificate sperimentazioni regionali sulla base delle quali, durante la pandemia, è stato possibile rilanciare la riflessione scientifica interdisciplinare e rafforzare la volontà politica, tanto centrale quanto regionale, sulla necessità di rafforzare la sanità territoriale o di prossimità nei territori della penisola⁵⁷. È così emerso un rinnovato consenso intorno alla centralità dell'organizzazione sanitaria territoriale come strumento di garanzia degli stessi principi istitutivi di universalità, globalità e uguaglianza, sul quale si è finalmente innestato un nuovo disegno riformatore: la riforma della sanità territoriale delineata nella prima componente della missione Salute del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza⁵⁸.

Nei vent'anni che hanno preceduto l'evento pandemico, si è in parte illustrato, il rafforzamento del ruolo delle Regioni nella rinnovata cornice costituzionale ha infatti condotto taluni legislatori regionali a rilanciare nel tempo i principi istitutivi dei rispettivi servizi sanitari regionali attraverso il rafforzamento dell'organizzazione territoriale, dell'integrazione sociosanitaria e della partecipazione. In questa prospettiva, nell'insieme dei plurali percorsi e strategie, il caso della Toscana è particolarmente

⁵⁴ In questa direzione, una delle più autorevoli voci che non cessa di stimolare l'attenzione della dottrina e della società civile sulla necessità di invertire la rotta trasformativa dei principi istitutivi del Servizio sanitario nazionale è quella di Silvio Garattini, il quale propone un'analisi complessiva degli elementi di criticità del Servizio come riemersi alla prova dell'esperienza pandemica in: S. GARATTINI, *Il futuro della nostra salute. Il Servizio Sanitario Nazionale che dobbiamo sognare*, Milano, 2021.

⁵⁵ In questo senso si è espresso R. FERRARA in *L'ordinamento della sanità*, cit., 119, volendo indicare con toni critici il procedere sperimentale e discontinuo dell'evoluzione della disciplina del Servizio sanitario.

⁵⁶ Sul punto, si rinvia alla recente riflessione di ordine generale svolta da L. DIMASI in *Il difficile panorama della sanità italiana*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Santarcangelo di Romagna, 2017, 19-30. Nella medesima prospettiva si è espressa A. Pioggia in *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, 385-403.

⁵⁷ Così: C. BOTTARI, *Introduzione al tema: dalla centralità dell'ospedale a quella dell'assistenza territoriale*, in *L'assistenza territoriale: nuova centralità dei sistemi sanitari*, Santarcangelo di Romagna, 2022, 5-6.

⁵⁸ La missione in questione si snoda in due componenti: la prima, relativa alle reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale; la seconda, riguardante l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale. La prima componente prevede il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale attraverso un percorso riformistico graduale, articolato in tre investimenti, e a sua volta composti da plurimi obiettivi concordati da raggiungere entro il 2026.

significativo: la scelta di sperimentare, sin dalla fine degli anni Novanta, il modello organizzativo delle Società della Salute si è infatti rivelata in grado di perseguire una feconda collaborazione tra aziende sanitarie e Comuni, di rafforzare l'assistenza e l'integrazione sociosanitaria nei territori, coinvolgendo inoltre nella programmazione e nella progettazione dei servizi le forze del Terzo settore⁵⁹. Se la Regione in questione si è distinta nel tempo per la ricerca di soluzioni organizzative complesse, avanzate e da ultimo efficaci, altre Regioni hanno invece intrapreso diversificati percorsi di integrazione sociosanitaria, di potenziamento della territorialità e del coinvolgimento del Terzo settore in virtù delle rispettive situazioni di partenza, delle capacità di governo e funzionamento delle rispettive istituzioni sanitarie, delle capacità concertative tra l'ente regionale e i Comuni⁶⁰. Le sperimentazioni regionali si sono infatti variamente mosse verso tre possibili declinazioni teoriche dell'integrazione sociosanitaria: quella istituzionale, gestionale o professionale⁶¹. Uno sguardo complessivo alle esperienze regionali di cui si discute permette dunque di considerare che diverse Regioni, molte anche se non tutte quelle del Settentrione della penisola, hanno sperimentato nei rispettivi territori forme complesse e avanzate di organizzazione sanitaria territoriale: larga parte delle Regioni centro-meridionali, invece, non ha intrapreso tali innovativi percorsi di organizzazione sanitaria, rimanendo queste spesso ancorate alla sola programmazione integrata⁶². In questo scenario di storica spaccatura tra il Settentrione e il Meridione della penisola, certamente storicamente determinata, però, si innesta il caso della Regione Lombardia la quale, pur dotata di un servizio sanitario tra i più avanzati sul versante dell'assistenza ospedaliera,

⁵⁹ La disciplina della Regione Toscana ha previsto un'architettura organizzativa complessa, composta dalle Aree Vaste, dagli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta e dalle Società della Salute, dimostrandosi uno dei sistemi di *welfare* regionale più avanzato nel panorama nazionale: M. ROSSI SANCHINI, *Il servizio sanitario della Regione Toscana*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Servizi sanitari regionali tra autonomie e coerenze di sistema*, cit., 473-507. La Regione Toscana ha infatti intrapreso tale sperimentazione in un momento immediatamente successivo all'entrata in vigore della riforma costituzionale: La società in questione ha la struttura giuridica di un consorzio pubblico senza scopo di lucro del quale sono titolari le Aziende sanitarie e i Comuni del territorio di riferimento e a questa sono attribuite funzioni di indirizzo e programmazione dei servizi sociosanitari integrati, di organizzazione, gestione ed erogazione delle cure primarie, delle attività sociosanitarie e specialistiche di base. Attraverso la riunione delle funzioni in esame in capo a tale nuovo soggetto territoriale è così riscoperto il ruolo dei Comuni sia nel momento programmatico, gestionale e, in termini generali, nella compartecipazione al governo del territorio: accanto a ciò, è inoltre rafforzato il ruolo delle comunità locali e dei soggetti del Terzo settore nella programmazione degli interventi sociosanitari.

⁶⁰ Un quadro dell'alta differenziazione delle sperimentazioni regionali alla fine della prima decade degli anni Duemila è dettagliatamente ed efficacemente proposto da D. CEPILU, M. MENEGUZZO in *Politiche e strategie regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica*, in A. D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica e esperienze operative a confronto*, Bologna, 2009, 77-102.

⁶¹ La declinazione istituzionale dell'integrazione sociosanitaria prevede forme di accordi collaborativi tra le aziende sanitarie e i Comuni; quella gestionale, invece, si realizza all'interno del distretto sanitario attraverso e meccanismi di coordinamento fra i servizi; da ultimo, quella professionale, implica la compresenza e la cooperazione delle diverse figure professionali coinvolte nei servizi in questione. Tali dimensioni, tra loro non necessariamente alternative, sono proposte e analizzate da E. Rossi in *Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?* in *Rivista AIC*, 2, 2018, 1-28, 14-18.

⁶² Come già emerso, tra le Regioni che hanno adottato strumenti più avanzati e complessivamente soddisfacenti figurano in particolare la Toscana e l'Emilia-Romagna, le quali hanno sia messo in pratica esperienze di integrazione istituzionali, sia numerosi meccanismi di coordinamento. In termini generali, invece, si è registrato il consolidamento della programmazione integrata: tale modello di integrazione appare decisamente prevalente sullo scenario nazionale: E. Rossi, *Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?*, cit, 16-17.

non ha investito sul rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale e della sua organizzazione: Regione che, agli occhi di molti, si è in definitiva distinta dalle altre per aver intrapreso scelte politiche antisistemiche rispetto ai principi e ai valori fondanti la stessa legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale⁶³. Perseguendo il tentativo di tracciare una finestra sulle sperimentazioni regionali in materia di organizzazione sanitaria territoriale, è da ultimo necessario considerare che in numerose realtà regionali si è registrato l'aumento, seppur ancora una volta graduale e frammentario, delle sperimentazioni regionali delle Case della Salute. Su proposta del legislatore statale di inizio secolo, si tratta di un modello organizzativo polifunzionale per i servizi sociosanitari, originariamente immaginato come punto di riferimento del cittadino per l'erogazione dell'insieme di attività sanitarie e sociosanitarie di base e strumento di rafforzamento dell'assistenza primaria nei territori, oltre che come luogo di partecipazione della cittadinanza alla programmazione degli stessi servizi⁶⁴. Anche in questo caso, però, nonostante l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze esistenti pur mantenendo ferma l'autonomia organizzativa delle Regioni, le scelte dei legislatori regionali hanno abbracciato linee organizzative tra loro significativamente diverse⁶⁵. Talune esperienze sono apparse omogenee e condivise, altre hanno invece manifestato tratti altamente differenziati, mentre in alcune realtà regionali la sperimentazione in questione non ha trovato luogo: si è così ulteriormente perpetuato quello storico scenario di frammentarietà e disomogeneità che il legislatore statale intendeva contrastare⁶⁶. Un ulteriore e rinnovato sforzo

⁶³ Pur nella consapevolezza della complessità del modello lombardo, e dunque senza pretesa di esaustività, si intende qui sottolineare che, nel quadro dei regionalismi sanitari e della crescente differenziazione delle scelte politiche organizzative, la Regione Lombardia è apparsa l'unica ad essersi posta, fin dai primi anni Novanta, in rottura con il quadro di principi delineato dalla legge statale. Tale fuoriuscita dal modello ha in particolare riguardato l'operazione di sostanziale equiparazione del servizio sanitario nazionale pubblico e del settore sanitario privato, senza distinzione tra soggetti privati con scopo di lucro e privato sociale: il legislatore regionale ha infatti declinato il principio di sussidiarietà orizzontale in chiave spiccatamente concorrenziale. In questi termini, tra i molti: R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»*, in *Quaderni regionali*, 2004, 11-26, 12. La scelta del decisore politico lombardo è stata dunque quella del rafforzamento del «modello della separazione» strutturalmente fondato sullo scorporo della fornitura di tutti i servizi dalle Aziende sanitarie, le quali detengono sole funzioni di programmazione, acquisto e controllo degli erogatori dei servizi: gli erogatori pubblici, ovvero le aziende ospedaliere, e quelli privati sono in definitiva posti in concorrenza tra loro, tentando così di governare l'equilibrio del sistema in termini di qualità, efficienza e finanziamento.

⁶⁴ Nel Decreto del Ministero della n. 236 del 2007, disciplina piuttosto scarna e contratta del modello organizzativo in questione, la Casa della Salute è definita come «la struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni sociosanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie» e «il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività».

⁶⁵ In punto di esperienze omogenee e condivise, l'attenzione può cadere sulla sperimentazione condivisa condotta da diverse realtà territoriali organizzatesi in un gruppo interregionale, composto dalle aziende sanitarie di sei realtà regionali settentrionali, centrali e meridionali, che ha dato vita a un percorso comune per guidare la riflessione intorno alla costruzione delle Case della Salute o della Comunità, suggellata nel Manifesto *Salute bene comune* del 2018: F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in *Corti Supreme e salute*, 3, 2018, 529-537.

⁶⁶ Il primo finanziamento della sperimentazione delle Case della Salute è del 2006, pur essendo tale modello delineato già nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 al fine di «recuperare il ritardo che in questo aspetto applicativo della riforma del 1999 si è determinato in molte realtà regionali» e, in ultima analisi, di contrastare le esistenti disuguaglianze territoriali.

del legislatore statale a sostegno dell'uniformità dei percorsi regionali di rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale è avvenuto nei primi anni della seconda decade in questione, quando la tendenza sperimentale descritta ha trovato rinnovato impulso nell'avvio della sperimentazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e delle Unità Complesse per le Cure Primarie. Si tratta, in effetti, di innovativi modelli organizzativi territoriali e polifunzionali per le cure di base⁶⁷. Come per le Case della Salute, anche in quest'ultimo caso l'attuazione del progetto riformistico del legislatore statale si è rivelata difficile: questo intervento ha mostrato forti limiti strutturali alla prova dell'esperienza⁶⁸. In ultima analisi, la necessaria riorganizzazione della sanità territoriale ha trovato una sostanziale marginalizzazione nell'evoluto contesto della crisi finanziaria e della conseguente riduzione delle risorse ospedaliere che all'attuazione della riforma in questione si è intrecciata⁶⁹.

È dunque sul descritto scenario di elevata frammentazione e disomogeneità dell'organizzazione sanitaria territoriale nelle realtà regionali della penisola che è sopravvenuta l'esperienza pandemica: il sottosviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale si è allora virulentemente riaffermata quale storica e strutturale criticità del Servizio sanitario⁷⁰. La necessità di riorganizzare i modelli organizzativi, promuovendo lo sviluppo uniforme delle cure primarie intese come «*l'insieme delle funzioni cliniche, sociali e assistenziali legate alla salute delle persone e delle comunità*», criticità al cuore della crisi trasformativa del Servizio sanitario nazionale, si è in un primo momento imposta come questione politica centrale e non ulteriormente rinviabile⁷¹. Il contesto pandemico, caratterizzato da una rinnovata e diffusa domanda di solidarietà sociale, ha infatti dimostrato che il paradigma universalistico fondante il Servizio

⁶⁷ La direzione intrapresa dal legislatore statale attraverso tale disciplina è apparsa quello di riaffermare il ruolo dello Stato «*di guida e di governo complessivo*» del Servizio sanitario nazionale dopo una decade segnata da un atteggiamento molto cauto: C. BOTTARI, *Tutela della salute: lavori in corso*, Torino, 2020, 43-44. Si tratta della Riforma del 2012, che ha introdotto una disciplina generale in materia di organizzazione sanitaria territoriale, pur mantenendo le Regioni ampia autonomia sul versante: G. GHELFI, *Le cure primarie: aspetti storici e attuale disciplina nazionale*, in C. BOTTARI (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, 35-48, 41-48. Una disciplina più specifica delle linee direttrici dell'intervento di cui si discute si rinviene nel Patto per la salute per il triennio 2014-2016, nel quale è ribadito e rafforzato l'impegno delle Regioni a sostegno della realizzazione di una organizzazione sanitaria territoriale tendenzialmente uniforme.

⁶⁸ In questa prospettiva critica: D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. BOTTARI (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit., 179-220, pp. 214-217. Nonostante la scarsa e frammentata attuazione dell'intervento, però, questo può essere valutato positivamente. In questo senso: D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Amministrazione in cammino*, 2020, 1-18.

⁶⁹ Id decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2015, motivato sia dall'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria pubblica, sia dall'auspicato e necessario passaggio all'inversione del paradigma ospedale-centrico, non infatti stato accompagnato da un effettivo e uniforme sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale.

⁷⁰ La fotografia di tale grave frammentazione e frammentarietà delle soluzioni organizzative in materia di sanità territoriale, integrazione sociosanitaria e partecipazione all'avvento della pandemia è proposta dal Rapporto CREA, *Case della salute e presidi territoriali. Lo stato dell'arte*, 2020. Una illustrazione organica delle declinazioni differenziate poste in essere dalle Regioni tanto del modello delle Case della Salute, quanto delle Aggregazioni Territoriali Funzionali e delle Unità Complesse di Cure Primarie è proposta a pp. 16-61 del rapporto in questione.

⁷¹ In questo senso, d'altra parte, si era già espresso il Comitato Nazionale per la Bioetica nel Parere: *In difesa del Servizio Sanitario Nazionale* del 2017, delineando tale definizione di cure primarie e ribadendo che la riorganizzazione dei modelli di assistenza sanitaria territoriale è funzionale soprattutto alla «*difesa*» dei pazienti fragili e del loro benessere fisico, psicologico e sociale.

sanitario nazionale è fondamentale e irrinunciabile strumento di tutela della salute individuale e collettiva: ha allo stesso tempo però nuovamente dimostrato che i servizi sanitari regionali, i quali l'istituzione di solidarietà in questione compongono e strutturano, sono fortemente disuguali nella capacità di tutelare la salute della popolazione⁷². La risposta dei servizi sanitari regionali a una pressione senza precedenti, infatti, è apparsa immediatamente disuguale tanto nella capacità di gestire il contagio e rispondere ai nuovi bisogni sanitari manifestati che di garantire l'accesso alle cure alla popolazione⁷³. Le diversificate risposte all'emergenza sanitaria delineate dalle Regioni del Settentrione, le prime e le più colpite almeno nella prima fase dell'emergenza, sono apparse strutturalmente predefinite dall'assetto organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale che le stesse hanno storicamente consolidato. Una comparazione fra le esperienze condotte dall'Emilia-Romagna, il Veneto, il Piemonte e la Lombardia può infatti gettare luce sulle disuguaglianze di cui si discute: le prime due, dotate di una organizzazione sanitaria territoriale più forte e sviluppata sul versante sociosanitario, hanno prontamente ed efficacemente dimostrato una migliore capacità di gestione del contagio, di gestione e controllo dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri; diversamente, le seconde due, caratterizzate dalla centralità della rete ospedaliera e dalla carenza di quella territoriale, si sono rivelate complessivamente più fragili alla prova dell'esperienza pandemica⁷⁴. In particolare, il caso della Lombardia, Regione più colpita dall'imperversare dell'epidemia, è apparso paradigmatico: il modello sanitario lombardo, storicamente fondato sulla centralità dell'intervento ospedaliero, sullo scorporo tra ospedale e territorio, sull'apertura alla concorrenza fra settore sanitario pubblico e privato, si è dimostrato debole nella capacità di riorganizzare prontamente i servizi territoriali e di limitare i ricoveri ospedalieri impropri e, in ultima analisi, di tutelare la salute della popolazione nel contesto dell'emergenza pandemica⁷⁵. In termini generali, è allora necessario considerare che la tutela della salute indi-

⁷² Per un giudizio positivo di sintesi intorno al paradigma universalistico, accanto a toni critici sulle disuguaglianze regionali: L. BUSATTA in *Regionalismo e disuguaglianze: i limiti strutturali del welfare italiano alla prova della pandemia*, in A. PAJNO, L. VIOLANTE (a cura di), *Biopolitica, pandemia e democrazia. Rule of law nella società digitale, volume I*, Bologna, 2021, 285-296, 291-296.

⁷³ In questo senso: C. GIORGI, F. TARONI, *I regionalismi sanitari in Italia nel contesto internazionale: lezioni dalla pandemia*, in *Costituzionalismo.it*, 2, 2020, 37-68, 48-50. Sulla stessa linea, inoltre, S. NERI, *Più Stato e più Regioni. L'evoluzione della governance del Servizio sanitario nazionale e la pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2020, 239-255, 252.

⁷⁴ Le considerazioni comparative intorno alla capacità dei servizi sanitari regionali in questioni di rispondere all'emergenza è proposta da M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH in *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 3, 2020, 306-336. Medesime considerazioni e conclusioni, d'altra parte, sono riportate nel Report *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19: Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte, Lazio e Marche*, 5, 2020 dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Università Cattolica Sacro Cuore.

⁷⁵ Alle debolezze del modello organizzativo lombardo scaturite da scelte politiche consolidate sin dai primi anni Novanta si sono poi affiancati numerosi incertezze ed errori nella gestione della prima fase dell'emergenza. Per una disamina generale dei profili critici del caso lombardo, di nuovo: M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del COVID-19*, cit., 318-322. Gli autori affermano infatti che: «forte della sua riconosciuta eccellenza ospedaliera, la Lombardia ha affrontato l'epidemia con un approccio ospedale-centrico...gli ospedali si sono però trasformati in sedi di ulteriore diffusione del contagio».

viduale e collettiva è stata più forte nelle Regioni nelle quali l'assistenza sanitaria territoriale è effettivamente e capillarmente sviluppata attraverso una rete di strutture sociosanitarie polifunzionali⁷⁶. Su questo versante, considerato il disuguale e frammentato sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale, è stata così rilanciata la riflessione intorno agli strumenti di garanzia del principio di uguaglianza, apparendo a taluni drammaticamente evidente «*il fallimento di un disegno di uguaglianza che vorrebbe emancipare le persone dagli ostacoli di ordine economico e sociale*»⁷⁷.

Su queste evidenze si è costruita una nuova declinazione della strutturale tensione tra le ragioni dell'uniformità e quelle della differenziazione, rinnovandosi conseguentemente il consenso politico intorno alle ragioni dell'uniformità: intorno alla necessità, cioè, di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale omogeneamente sul territorio nazionale attraverso la definizione di modelli organizzativi innovativi e condivisi⁷⁸. Tale consenso si è allora espresso nella scelta politica del legislatore statale di tracciare una linea di riforma della sanità territoriale o di prossimità all'interno della prima componente della missione Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁷⁹: uno strumento, quest'ultimo, di reazioni alla crisi sanitaria, immediatamente divenuta crisi economica e sociale⁸⁰. La missione Salute

⁷⁶ In punto di rapporto fra gestione dell'emergenza e sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale: F. GIGLIONI, *L'organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, cit., 114-121. In Emilia-Romagna e Toscana, in particolare, le Casa della Salute si sono rivelate soluzione istituzionali strategiche nell'affrontare la pandemia: con rapidità, hanno permesso il ripensamento dell'organizzazione del potenziamento del filtro del triage, del monitoraggio telefonico costante con la popolazione contagiata e, inoltre, dei servizi di aiuto per il soddisfacimento dei bisogni primari, quali l'acquisto dei farmaci e degli alimenti, attraverso la programmazione degli interventi mirati con i soggetti del Terzo settore. Per ulteriori riflessioni su questo versante: C. FRANCIANI, G. OCCHINI, C. MILANI, *La Casa della Salute alla prova Covid-19*, in *Saluteinternazionale.info*.

⁷⁷ Così: A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianze*, cit., 47. L'autrice, d'altra parte, riafferma l'essenziale legame tra tutela della salute e organizzazione sanitaria, rilevando, in definitiva, che «*molte disuguaglianze sono il frutto di un regionalismo sanitario che non è stato presidiato sul fronte dell'uguaglianza profonda del diritto*». La considerazione, valida per le precedenti decenni, fonda l'analisi di G. COSTA, G. VECCHI, *Storie parallele: la salute e le altre dimensioni del benessere a confronto in 150 anni di differenze geografiche in Italia*, in *Salute e sanità a 150 dall'Unità d'Italia: più vicini o più lontani?*, in *Epidemiologia & Prevenzione*, parte II, 2011.

⁷⁸ Può allora considerarsi che «*la pandemia ha contribuito a mettere in luce problemi ben noti al regionalismo italiano e ad ammantarli di nuovi colori*»: così, L. BUSATTA, *Regionalismo e disuguaglianze: i limiti strutturali del welfare italiano alla prova della pandemia*, cit., 291-295.

⁷⁹ Le linee di riforma del *welfare* tour court e quello dei servizi in termini generali, del *welfare* sanitario in termini specifici appare al centro del dibattito nazionale «dopo che le sue ragioni costitutive si erano smarrite»: così, C. GIORGI in *Il welfare ieri e domani*, in C. GIORGI (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Roma, 2022, 15-30. In questa prospettiva, l'autrice guarda al Piano in questione come una importante occasione di reimmaginare gli strumenti di attuazione dei principi istitutivi della «più rivoluzionaria» istituzione di solidarietà. La prima componente della missione è infatti finalizzata a rafforzare: «*le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari*».

⁸⁰ In virtù degli effetti di lunga durata della crisi pandemica sulla struttura delle disuguaglianze, la scelta politica è caduta sulla necessità di realizzare un intervento complessivo e multidirezionale di potenziamento del sistema di protezione sociale al fine di mettere in atto nuove risposte istituzionali alla «vasta area di vulnerabilità pregresse, acute, cronicizzate»: Il nuovo meccanismo europeo di solidarietà, del quale il Piano in questione è diretta espressione, appare funzionale a un cambio di paradigma dell'integrazione europea in forte rottura con le politiche di austerità adottate per fronteggiare la crisi economica tra le prime due decenni del secolo. Su questo versante: M. BRUNAZZO, *Il Next Generation EU: solidarietà e politica nell'UE della pandemia*, in *Rivista italiana di*

si innesta dunque sulla linea di riforma trasversale finalizzata, in termini generali, al potenziamento del welfare dei servizi: in termini specifici, le criticità strutturali caratterizzanti il Servizio sanitario sono indicate nelle disparità territoriali nell'erogazione dei servizi e nell'inadeguata integrazione tra servizi sanitari territoriali, ospedalieri e sociali. In questa incerta e mutevole cornice politica, la riforma della sanità territoriale è allora apparsa, da un lato, come più diretta espressione di una rinnovata centralità del legislatore statale nella tutela della salute⁸¹; dall'altro, come più autentico lascito di una nuova strategia europea di contrasto alle disuguaglianze esistenti, tanto territoriali quanto di salute⁸².

5. Verso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale: le Case della Comunità tra partecipazione e integrazione sociosanitaria

La costituenda riforma della sanità territoriale, delineata all'interno della prima componente della missione Salute, appare oggi storico e decisivo approdo politico della carsica rotta dello sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale nella penisola⁸³. Espressione di un rinnovato ruolo decisore politico statale nel conferimento di nuove risposte istituzionali alle questioni dell'assistenza sanitaria territoriale, dell'integrazione sociosanitaria e della partecipazione, la riforma in questione è dunque finalizzata alla riduzione delle disuguaglianze sociosanitarie nei territori della penisola attraverso la costruzione di un modello di erogazione condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, affiancato al potenziamento delle cure domiciliari, allo sviluppo della telemedicina e dell'interoperabilità dei dati sociosanitari⁸⁴. In

Politiche Pubbliche, 1, 2022, 43-70. Gli interventi del Piano, infatti, coinvolgono potenzialmente tutti gli aspetti critici e di riforma riemersi nello scenario pandemico: la prima missione è relativa alla digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo; la seconda alla rivoluzione verde e transizione ecologica; la terza, invece, alle infrastrutture per una mobilità sostenibile; la quarta, ancora, all'istruzione e ricerca; la quinta alla coesione e inclusione e la sesta alla salute.

⁸¹ Sul contrasto alle disuguaglianze come pilastro del nuovo meccanismo di integrazione delle politiche pubbliche degli Stati Membri dell'Unione Europea appare infatti particolarmente dimostrativo il seguente documento della Commissione Europea e del Consiglio Europeo: *Una tabella di marcia per la ripresa. Verso un'Europa più resiliente, sostenibile ed equa*, 2020.

⁸² Per prime osservazioni critiche sono su questo versante: G. FALCON, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, 3, 2020, 453-456. Riattraversando il linguaggio del Piano, l'autore rileva infatti a configurazione dello Stato come il centro delle responsabilità derivanti dall'insieme delle riforme in questione, parallelamente a una marginalizzazione del ruolo delle Regioni specificatamente sul versante dell'organizzazione sanitaria territoriale

⁸³ Per prime considerazioni di ordine generale su questo versante: R. BALDUZZI, in *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *Rivista di BioDiritto*, 4, 2021, 39-55.

⁸⁴ Si è dunque assistito alla rivitalizzazione di storici obiettivi politici abbracciati dal legislatore statale: la frammentazione e la disomogeneità dello sviluppo della sanità territoriale è, d'altra parte, è stata recentemente e ulteriormente messa in luce dall'OCSE nel documento *Realising the full potential of primary healthcare* del 2019, nel quale sono tratteggiati i profili critici della situazione italiana oltre che le migliori pratiche internazionali e le raccomandazioni su questo versante. Tale documento sembra infatti aver guidato la riflessione del decisore politico in questione, come emerge dallo stesso Parere del Consiglio di Stato del maggio 2022 riguardante gli aspetti critici della stessa riforma, sul quale si tornerà a breve.

particolare, è nel Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 2022 che tale riorganizzazione è diffusamente tratteggiata e, in definitiva, disciplinata⁸⁵. Nel regolamento in questione, fortemente dettagliato, trova in primo luogo valorizzazione il distretto sanitario, ulteriormente indicato come «il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari, deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione»: al distretto, dunque, sono obbligatoriamente affidate funzioni di programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari, nonché di erogazione e di monitoraggio degli stessi⁸⁶. All'interno di tale disegno riformatore, poi, sono delineati le Case della Comunità, gli Ospedali della Comunità e la Centrale Operativa territoriale quali articolazioni del distretto. Se gli Ospedali di Comunità sono strutture per quelle intermedie ai quali è affidata la funzione di erogazione ospedaliera a bassa intensità clinica e, inoltre, la funzione di anello di congiunzione tra rete ospedaliera, servizi territoriali e domicilio, sono le Case di Comunità a ricoprire un ruolo fondamentale tanto nel quadro complessivo della riorganizzazione, tanto nell'ambito centrale e specifico dell'assistenza primaria⁸⁷.

Il modello organizzativo della Casa di Comunità sembra costituire l'ideale punto di arrivo della progressiva riflessione, tanto dottrinale quanto politica, intorno alla necessità di elaborare una struttura organizzativa in grado di rappresentare il luogo privilegiato di erogazione dell'assistenza primaria, di integrazione sociosanitaria, nonché di partecipazione della cittadinanza e delle forze del Terzo settore. Nel regolamento di cui si discute, la Casa in questione è definita quale «luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per i bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria o a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento»⁸⁸.

⁸⁵ Il Decreto in questione contiene il Regolamento *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale*. Il regolamento, però, non è stato oggetto di intesa tra Stato e Regioni. Rispetto alla sua approvazione, infatti, ha mostrato strenua opposizione la Regione Campania, la quale ha lamentato la mancanza dei finanziamenti per l'assunzione del personale sanitario necessario al funzionamento delle nuove strutture. Registrata la mancanza dell'intesa il 21 aprile 2022, il potere esecutivo ha deciso di adottare una delibera sostitutiva, così superandola: sono allora sorti significative incertezze intorno a tale superamento. Su questo punto: *Gli standard (e il modello) dell'assistenza territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2022, 2-13, 2-5.

⁸⁶ In questo disegno, dunque, il distretto mantiene la funzione di centrale strumento organizzativo della Azienda sanitaria di riferimento sulla stessa linea abbracciata dall'ultima riforma organica del Servizio sanitario. Il legislatore ha così potenziato le funzionalità di tale strumento, imponendone una struttura e una implementazione giuridicamente vincolanti per gli enti regionali.

⁸⁷ Ricondotti nell'assistenza territoriale e distrettuale, il regolamento in esame introduce nuovi e numerosi standard per tali strutture in materia di posti letto, delle categorie di pazienti destinatari e dei servizi. Quelli dell'Ospedale di Comunità sono previsti al punto 11, pp. 41-44 del regolamento: F. PESARESI, *Gli ospedali di Comunità. Come saranno*, in *Luoghi della cura*, 3, 2022, 1-22, 5-14. Altrettanto rilevante è poi la funzione svolta dalla Centrale Operativa territoriale, alla quale è attribuito il coordinamento tra i servizi territoriali distrettuali al fine di assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria tra le strutture operanti nel rinnovato disegno organizzativo: Per una disamina analitica dei requisiti minimi strutturali e tecnologici della Centrale: F. PESARESI, *Le Centrali Operative Territoriali*, in *I luoghi della cura*, 3, 2022, 1-18.

⁸⁸ La disciplina della Casa, ulteriormente definita quale «fondamentale struttura del Servizio sanitario nazionale», è dettagliatamente prevista al punto 5, pp. 26-31 del regolamento, che traccia gli standard dal valore giuridico graduato della fondamentale struttura in esame. La definizione in questione del modello organizzativo della Casa, d'altra parte, sembra detenere una natura descrittiva.

La sua disciplina è tratteggiata sia attraverso la previsione di standard minimi organizzativi, sia più nel dettaglio attraverso una composita cornice di servizi, che pure lascia spazio a percorsi interpretativi e all'autonomia delle Regioni: alcuni, pur fondamentali nel perseguimento degli obiettivi sanciti dalla stessa riforma, sono obbligatori, altri facoltativi, altri ancora fortemente raccomandati⁸⁹. A questa sono poi dunque attribuite una pluralità di funzioni cruciali nel nuovo disegno complessivo della sanità territoriale o di prossimità: la programmazione dei servizi sulla base della rilevazione epidemiologica dei bisogni sociosanitari, la riprogettazione degli stessi attraverso il dialogo fra professionisti sanitari e comunità di riferimento, l'aggregazione delle risorse pubbliche e la ricomposizione del quadro dei bisogni locali⁹⁰. L'obiettivo ultimo è quello di garantire «servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, erogati da equipe multidisciplinari, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie» attraverso una cornice di servizi. Ancora, carattere di innovazione e centralità del modello organizzativo di cui si discute riguarda la previsione, all'interno della cornice dei servizi, della partecipazione della comunità alla programmazione e alla progettazione dei servizi: gli istituti della co-programmazione e co-progettazione, le più autentiche espressioni del principio di sussidiarietà orizzontale conosciute dall'ordinamento, sembrano così trovare nella Casa di Comunità, ulteriormente intesa come «luogo di progettualità», rilancio e valorizzazione nella direzione di una più concreta attuazione del modello di amministrazione «*condivisa*»⁹¹. In definitiva, l'insieme complesso e integrato delle funzioni illustrate appare assicurato uniformemente sul territorio nazionale attraverso la diffusione capillare del modello organizzativo in questione e delle sue innovative caratteristiche omogeneamente sul territorio nazionale⁹².

⁸⁹ Come si vedrà, tale versante appare critico. Se è obbligatoria la presenza di equipe multiprofessionali, composti da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, professionisti sociosanitari e infermieri di comunità, facoltativa è invece la presenza degli assistenti sociali. Rilevante e decisiva è invece la previsione dell'obbligatorietà del servizio di assistenza domiciliare, dell'integrazione sociosanitaria e del Punto Unico di Accesso, nonché della partecipazione della comunità alla co-produzione degli stessi servizi.

⁹⁰ Tali funzioni si innestano, d'altra parte, sul nuovo metodo della stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche come strumento di analisi dei bisogni e prevista dal punto 3, pp. 16-22 del regolamento. È infatti previsto il Progetto di salute quale innovativo strumento operativo di programmazione nel solco di tali premesse di metodo: «*il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di rischio a partire dal primo contatto con il Servizio sanitario nazionale*».

⁹¹ Per talune considerazioni su questo versante: E. Rossi, *Le Case della Comunità del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2021, 361-375. Inoltre, per uno sguardo dello stesso autore su istituti previsti dall'articolo 55 del Codice del Terzo settore anche alla luce della loro interpretazione nella giurisprudenza costituzionale: *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, cit., 59-60.

⁹² È infatti prevista l'istituzione di 1.350 Case hub, una ogni 50.000 mila abitanti il modello organizzativo della struttura polifunzionale in esame, affiancato dalla ulteriore declinazione spoke, lasciata allo spazio decisionale del legislatore regionale, attraverso le quali è garantito l'accesso unitario ai servizi sociosanitari, la risposta integrata alla domanda della salute, la partecipazione della cittadinanza e l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari.

6. Le incerte prospettive di attuazione del disegno riformatore

Se le scelte condotte dal legislatore statale si sono ad oggi mosse in linea con gli accordi e le scadenze delineate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, però, l'attuazione della riforma in questione, i cui tratti essenziali si sono delineati, appare fortemente determinata dalle progressive strategie del rinnovato Esecutivo centrale e, soprattutto, dalle scelte interpretative e attuative operate dai legislatori regionali in un clima di perenne incertezza del sistema politico. La riflessione non può allora che cadere sulle incerte prospettive che sembrano marcare il percorso attuativo della costituenda riforma della sanità territoriale⁹³.

Sul versante della strutturale tensione tra uniformità e differenziazione, appare determinante la considerazione che, come è stato per i precedenti tentativi di riforma dell'organizzazione sanitaria territoriale, pur diversi nella gestazione che nel quadro giuridico, l'attuazione del disegno riformatore è rimessa concretamente alle Regioni. Quest'ultime, infatti, sono chiamate a muoversi nei residui spazi di autonomia organizzativa e, in particolare, a determinare la «vocazione» delle Case della Comunità attraverso la scelta tra uno spettro dei servizi non indicati come obbligatori⁹⁴. La crucialità del ruolo degli enti regionali, poi, è ulteriormente accentuata dall'incertezza del valore giuridico delle norme contenute all'interno del regolamento: dalle scelte che i legislatori regionali sono chiamati a compiere nel vicino futuro, dunque, sembra dunque dipendere l'effettiva realizzazione dell'integrazione sociosanitaria⁹⁵. Tra le diverse questioni, la previsione della mera facoltatività della presenza degli assistenti sociali all'interno delle Case, infatti, conduce a rafforzare la considerazione che, come precedentemente accaduto, talune Regioni potrebbero allentare la portata innovativa dell'intervento attraverso scelte caute o meramente nominalistiche, svuotando dall'interno i suoi obiettivi ultimi⁹⁶. L'attuazione

⁹³ Per prime considerazioni critiche in questa prospettiva: C. CLEMENTE, D. SERVETTI, A. GENOVA, A. FAVARETTO, *Le cure primarie prima e dopo l'emergenza: dalle Case della Salute alle Case della Comunità: una riforma possibile?*, in *Salute e società*, XX, 2 supplemento, 2021, 152-169.

⁹⁴ In effetti, lo spazio di autonomia regionale in relazione ai servizi, come previsto dalla illustrata cornice, appare decisivo e conduce a ritenere che le Regioni potranno effettivamente determinare il ruolo della Casa di Comunità all'interno della rinnovata sanità territoriale almeno secondo tre modelli astrattamente possibili: F. LONGO, A. ZAZZERA, *Dalle Case della Salute a quelle della Comunità: quale vocazione?*, in *Lombardia sociale*, 2022, 2-4. Gli autori, infatti, declinano in chiave manageriale tre modelli, altrettanto passibili di declinazioni variabili e diversificate, tra loro non alternativi: un primo modello può valorizzare la struttura come luogo di erogazione delle cure primarie, specialistiche e a bassa intensità; il secondo, piuttosto, può essere inteso come il luogo della co-programmazione interistituzionale; il terzo, ancora, può essere individuato nel luogo di partecipazione della cittadinanza nella fase di co-programmazione e co-progettazione.

⁹⁵ L'interrogativo intorno all'efficacia giuridica delle disposizioni del decreto, d'altra parte, è immediatamente emerso a motivo del carattere eterogeneo, alle volte descrittivo, altre prescrittivo, delle disposizioni contenute nel regolamento dettagliato che si è illustrato. Apparsa difficile l'intelligibilità della vincolatività di talune disposizioni, per lo più all'interno di un ambito materiale di potestà legislativa concorrente, ha condotto il Consiglio di Stato a censurare tale profilo critico. In questo senso: *Gli standard (e il modello) dell'assistenza territoriale: prime considerazioni*, cit., 2-5.

⁹⁶ Pur in un quadro circoscritto di variabili organizzative, le scelte politiche che i legislatori regionali sono chiamati a intraprendere per garantire una effettiva integrazione tra servizi sanitari e sociali, quale obiettivo centrale e ultimo dell'intervento in questione: R. BALDUZZI, in *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, cit., 49-53. Per non tradire quest'ultimo obiettivo, afferma l'autore, «il piano dovrà essere cor-

della riforma coinvolge la capacità amministrativa quanto la volontà politica delle Regioni di esercitare correttamente ed efficacemente l'esistente spazio di autonomia per le necessarie esigenze di differenziazione, rimanendo all'interno di un disegno riformatore condiviso di rilancio dei principi istitutivi del Servizio sanitario nazionale. In questo contesto, appare dunque concreto il rischio di attuazione frammentata e disuguale fra i territori regionali, come accaduto per i percorsi riformistici sopra esaminati, soprattutto in virtù delle diversità delle condizioni di partenza dei servizi sanitari regionali⁹⁷. La sfida attuale, dunque, è quella di ricercare e costruire «una seria volontà politica e istituzionale di attuare gli strumenti previsti»⁹⁸.

In questo contesto, appare altrettanto rilevante l'interrogativo politico riguardante il ruolo più o meno forte di guida e coordinamento che l'Esecutivo centrale, in termini generali, e il Ministero della Salute, in particolare, intendono ricoprire nel permanere di uno scenario di incertezza politica, sociale ed economica⁹⁹. Nell'attuale ed evolutivo scenario, infatti, la prevalenza delle ragioni dell'uniformità, che ha guidato la gestazione della riforma in questione, sembra nuovamente soccombere sotto il dirimpente rilancio delle ragioni dell'autonomia, specie quella differenziata: il contesto appare quello di un rapido e decisamente insperato ridimensionamento del ruolo di guida e di coordinamento del centro, in assenza del quale il percorso attuativo si prospetta tortuoso¹⁰⁰. La questione della responsabilità della sostenibilità finanziaria a lungo termini dell'intervento, che riapre l'altrettanto spinosa questione degli investimenti sul personale sanitario, contribuisce a rafforzare l'ambiguità del centro rispetto alla necessità di portare avanti il disegno di riforma: pur rimanendo ancora eventuali le proposte di ridiscussione dei termini della missione Salute, appare tanto incerta quanto necessaria la necessità di una

retto, o interpretato e attuato in senso estensivo, relativamente alla previsione della presenza soltanto facoltativa dell'assistente sociale...così da assicurare che il Punto unico di accesso possa valutare e prendere in carico il bisogno sia a monte, sia a valle».

⁹⁷ In questo senso: A. BENEDETTI, M. RIZIERI, G. MARTINELLI, *Prospettive di sviluppo della medicina territoriale: profili giuridici ed economici*, in *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*, Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto&Innovazione dell'Università Milano Bicocca, Torino, 2022, 258-276, 266-267. Nell'analisi proposta si legge che «in un contesto in cui le precedenti riforme non hanno prodotto i risultati sperati, anche perché essenzialmente non attuate, le previsioni del PNRR sono implementate in assenza di una programmazione regionale che indichi con chiarezza la migliore allocazione delle nuove strutture a livello territoriale...le questioni operative che si pongono, al netto di scelte regionali che potranno aggiungere articolazioni ulteriori di un quadro già complesso, sono molteplici e ricche sotto il profilo giuridico».

⁹⁸ Questo, in definitiva, il giudizio di sintesi elaborato R. BALDUZZI, in *Ibid.*, 48-53. Oltre all'integrazione sociosanitaria, la spinosa questione dell'adeguamento degli accordi collettivi riguardanti i medici di famiglia convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nonché la definizione e l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, come anche l'implementazione degli istituti della riforma del Terzo settore.

⁹⁹ I nodi di natura politica, si è visto, appaiono numerosi e tra loro fortemente intrecciati: quello che più appare urgente riguarda precisamente il funzionamento del governo multilivello della salute. Ancora una volta, le considerazioni di R. BALDUZZI in *Gli standard (e il modello) dell'assistenza territoriale: prime considerazioni*, cit., 11-13 delineano tale sfida politica: «le difficoltà che, lungo i decenni, hanno impedito l'implementazione delle riforme e in particolare la realizzazione di un sistema efficiente di cure primarie sono superabili non attraverso riforme costituzionali volte a ricentralizzare competenze, ma attraverso il buon governo a tutti i livelli».

¹⁰⁰ Non appare ancora chiara la persistenza o l'assenza della volontà politica del rinnovato Esecutivo di abbracciare il disegno riformistico complessivo del precedente decisore politico: certamente, l'eredità dei principi e degli obiettivi di una riforma come quella di si discute, nata sotto valori e obiettivi politici di colore e cultura diversi sembra pesare sulla nuova linea politica che, in ogni caso, deve tener conto degli esistenti e concordati vincoli di attuazione degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

convergenza politica fra l'Esecutivo centrale e quelli regionali intorno al rilancio dei principi istitutivi di universalità, globalità e uguaglianza attraverso il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, dell'integrazione sociosanitaria e della partecipazione. Quelle delineate sono, d'altra parte, questioni aperte che marcano l'attuazione della riforma della sanità territoriale o di prossimità e che, in definitiva, attendono risposte complesse e durature¹⁰¹.

7. Conclusioni

La linea di analisi storico-giuridica che si è inteso abbracciare dal momento costituente fino ai primi passi dell'attuazione della costituenda riforma della sanità territoriale ha permesso di riattraversare la storicità e la politicità del compito repubblicano di tutela della salute nel lungo andare dell'esperienza costituzionale della Repubblica. Lo scenario attuale appare infatti autentica espressione di tali elementi caratterizzanti il mandato costituzionale di tutela della salute individuale e collettiva all'interno del progetto costituzionale di uguaglianza sostanziale. Oggi, l'attuazione della costituenda riforma del Servizio sanitario nazionale, disegno organizzativo dell'assistenza sanitaria territoriale che è espressione di un rinnovato protagonismo dello Stato nel superamento delle disuguaglianze territoriali sociosanitarie, appare politicamente incerta. Pur distinguendosi per la linea politica innovativa in continuità con l'impianto principialista della legge istitutiva del Servizio sanitario e con i principi costituzionali fondamentali personalista, solidarista e di uguaglianza sostanziale e, a causa della congiuntura storica senza precedenti, per l'ampiezza del rafforzamento del ruolo decisionale del potere esecutivo centrale, il suo percorso attuativo ha infatti luogo in un contesto storico fortemente segnato da una crisi politica, sociale ed economica. Le incertezze del presente rafforzano gli interrogativi critici intorno alla sua attuazione. Questi riguardano in particolare le possibili vie dell'autonomia regionale nei residui spazi di autonomia organizzativa, la tenuta di tale disegno innanzi alla diversificata capacità amministrativa e la volontà politica delle Regioni di realizzare tale riorganizzazione nei rispettivi territori, oltre che il mantenimento di un ruolo di guida e di coordinamento forte da parte dell'Esecutivo centrale. In ultima analisi, la riflessione intorno all'effettiva capacità della costituenda riforma di rafforzare la garanzia dell'uguaglianza nel godimento del diritto alle cure, di superare le disuguaglianze sociosanitarie esistenti nei territori della penisola e, in questo modo, invertire linea storica di crisi trasformativa che ha progressivamente segnato il volto del Servizio sanitario nazionale, rimane aperta. Agli osservatori, dunque, spetta il compito di mantenere alta l'attenzione intorno ai profili critici e ai conseguenti agli interrogativi cui le istituzioni della Repubblica, attraverso l'esercizio del mandato costituzionale di tutela della salute, sono chiamate a rispondere nel lungo andare, presente e futuro, dell'esperienza costituzionale.

¹⁰¹ In questa direzione: 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*, 2, 2022, 1-36.