

Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un’innovazione che merita di essere valorizzata*

Emanuele Rossi**

SOMMARIO: 1. Dalle “strutture di prossimità” del decreto Rilancio alle “Case della comunità” del PNRR. – 2. Le finalità che si intendono perseguire con queste nuove strutture organizzative e le funzioni attribuite. – 3. I caratteri della sperimentazione secondo il decreto Rilancio. – 4. I precedenti: le Case della salute. – 5. L’esigenza di definire con chiarezza gli obiettivi delle strutture di prossimità/case della comunità. – 6. Il ruolo del Terzo settore.

1. Dalle “strutture di prossimità” del decreto Rilancio alle “Case della comunità” del PNRR

Non c’è alcun dubbio che quella scatenata dal Covid-19 è stata una vera e propria “tempesta”¹, un evento storico che ci costringe a ripensare a molti aspetti del vivere sociale come anche a numerose dimensioni dell’organizzazione istituzionale. E tra queste, in primo piano, vi sono quelle che attengono alla tutela della salute delle persone, intesa nella pienezza di significato che ben conosciamo e che abbiamo imparato a conoscere sempre

* Relazione al web seminar “*LE CASE DELLA COMUNITÀ: UN’OPPORTUNITÀ DA NON PERDERE. Dalla sperimentazione nazionale dell’art. 1, comma 4-bis, Decreto Rilancio all’attuazione del PNRR*”, promosso dall’Università Cattolica del Sacro Cuore, in collaborazione con la Società italiana di Diritto sanitario, la rivista scientifica Corti Supreme e Salute e l’Università del Piemonte Orientale. L’A. ringrazia per la collaborazione, sempre preziosa, il dott. Paolo Addis della Scuola Superiore Sant’Anna.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale presso la Scuola Universitaria Superiore “Sant’Anna” di Pisa, emanuele.rossi@santannapisa.it.

¹ Per riprendere il titolo del volume collettaneo curato da A. D’ALOIA, *La tempesta del Covid. Dimensioni bioetiche*, Milano, Franco Angeli, 2021.

di più. Salute che non può non investire le altre dimensioni del vivere, la cui connessione con “l’assenza di malattie” è stata avvertita come imprescindibile. Per questo, il sistema sanitario deve concepirsi sempre più come sistema *sociosanitario*, ovvero finalizzato al benessere complessivo della persona e della comunità.

In tale luce devono considerarsi gli interventi che il legislatore ha realizzato, e che muovono dall’esigenza, che il diffondersi della pandemia ha reso all’evidenza irrinunciabile, di un potenziamento ma anche di una riorganizzazione della rete assistenziale. Tra queste misure si colloca la previsione delle c.d. “*strutture di prossimità*”, introdotta in sede di conversione come art. 1, comma 4-*bis* d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (convertito in l. 17 luglio 2020, n. 77), di cui specificamente ci occuperemo.

Il successivo Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con il quale il Governo ha programmato l’utilizzo delle risorse rese disponibili dal programma Next Generation EU (NGEU) in risposta alla crisi pandemica (trasmesso al Parlamento il 25 aprile 2021), ha previsto un investimento per le “*Case della comunità*”, definendone in termini generali caratteristiche e finalità.

Il primo interrogativo che si deve affrontare, nel considerare questi due interventi, riguarda il significato da attribuire alla doppia previsione: in particolare, se le “*strutture di prossimità*” e le “*Case della comunità*” debbano essere intese come espressione della medesima fattispecie organizzativa o se invece debbano ritenersi riferite a due progettualità differenti. Tra le due formulazioni, in verità, vi sono alcune differenze non marginali, come si dirà: e tuttavia l’ipotesi è che l’intenzione del legislatore e del Governo mirino a realizzare lo stesso modello, pur se diversamente nominato. Se tale ipotesi è vera – ed è comunque quella che qui si presuppone – occorre individuare i tratti distintivi che devono essere ricostruiti mediante un’analisi sistematica delle previsioni che li riguardano.

Partiamo dunque dalla disposizione del decreto Rilancio. Essa prevede una sperimentazione che deve essere avviata su impulso del Ministero della salute mediante un atto la cui natura non viene specificata (dovrebbe quindi trattarsi di un decreto ministeriale), da adottare “sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano”: con esso, come prevede la legge, viene “coordinata la sperimentazione per il biennio 2020-2021”.

Una piccola e forse non inutile sottolineatura al riguardo: al momento, tale atto non risulta ancora essere stato adottato (e neppure approvato dalla Conferenza Stato-Regioni), sebbene sia circolato un testo (come subito dirò): essendo ormai a giugno 2021 inoltrato si può nutrire qualche fondato dubbio sulla realizzazione della sperimentazione nel biennio indicato dalla legge, biennio che dovrebbe concludersi a dicembre 2021 (peraltro questo avrebbe dovuto essere chiaro anche al legislatore, in quanto la legge che ha introdotto la previsione è entrata in vigore alla fine del mese di luglio 2020). Ma tralasciamo questo punto, immaginando che in qualche decreto-legge di proroga dei termini legislativi possa trovare ospitalità anche un ampliamento del termine per la sperimentazione in questione. Come si è detto, la disposizione della legge del 2020 non è rimasta senza seguito nell’ordinamento giuridico: ed infatti il PNRR ha ripreso il tema, con alcune differenze rispetto

alla previsione normativa (come si è detto), inserendo la previsione di “Case della comunità e presa in carico della persona” all’interno della Missione 6 “Salute”, con lo scopo di “rafforzare la capacità di fornire servizi adeguati sul territorio”. Anche nel Piano è previsto “uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati, come autorità responsabile per l’implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati”.

Come accennato, l’atto previsto dalla legge del 2020 è stato predisposto dalla Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, ma al momento non è stato ancora approvato in sede di Conferenza. Al testo attualmente disponibile farò comunque riferimento per alcune considerazioni.

2. Le finalità che si intendono perseguire con queste nuove strutture organizzative e le funzioni attribuite

Analizziamo in primo luogo le finalità che con le strutture indicate si intendono perseguire. Esse si ricavano analizzando il testo della disposizione legislativa in sistema con le previsioni del PNRR.

La norma contenuta nell’art. 1, comma 4 *bis*, del d.l. n. 34/2020 indica come finalità principale la realizzazione degli obiettivi di cui ai due commi precedenti (n. 3 e 4). Il primo di essi è riferito alle attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture temporanee attivate per l’emergenza Covid; mentre il comma 4 si riferisce alle cure dovute ai soggetti contagiati (sempre per l’emergenza Covid) nonché a tutte le persone fragili (tra cui coloro in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena, i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore) la cui condizione risulta aggravata dall’emergenza in corso, nel senso di incrementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare.

Dunque, sembra di capire, un obiettivo è (sperabilmente) contingente e transeunte, legato alla particolare situazione in essere (e d’altra parte il decreto-legge in cui la previsione è contenuta è riferito a quella particolare situazione²), mentre il secondo ha caratteristiche più di sistema e di lungo periodo. Tali obiettivi sono poi ribaditi dalla stessa disposizione contenuta nel d.l., che indica nella promozione della salute e nella prevenzione, nella presa in carico e nella riabilitazione delle categorie di persone più fragili il senso dell’innovazione.

² Per una rassegna delle innovazioni introdotte sul Servizio sanitario nazionale dalla normativa intervenuta per fronteggiare l’emergenza da Covid-19 v. G. F. FERRARI, *Il nuovo piano di rafforzamento del SSN*, in Id., *Osservatorio del farmaco 2021*, Milano, EGEA, 2021, pp. 52 ss.; A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2020, n. 2, pp. 385 ss.

Si può dire, in sostanza, che le “strutture di prossimità” sono pensate prevalentemente per le persone con maggiori fragilità, al fine di rafforzare nei loro confronti i servizi di assistenza domiciliare integrata.

La previsione del PNRR sembra muovere da una diversa prospettiva, certamente più ambiziosa: vi si legge infatti che “l’attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei”. In tale orizzonte complessivo, le Case di comunità costituiscono lo strumento mediante cui “potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità”: in esse verranno coordinati “tutti i servizi offerti” (si dovrebbe intendere: dal sistema sanitario e sociale a livello territoriale), ma al contempo specificando “in particolare ai malati cronici”.

Le finalità di carattere generale indicate vengono specificate con l’indicazione delle funzioni attribuite alle strutture, che si collocano in un’ottica di rafforzamento della medicina territoriale³.

Per la legge n. 77/2020 esse operano in quattro ambiti: la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione, mediante modalità che riducano le scelte di istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità. Quest’ultimo punto, che contribuisce a definire anche le finalità dell’intervento, si collega logicamente alla destinazione di esso a soggetti con maggiori fragilità, i quali, in assenza di tali interventi, sarebbero costretti a prospettive di istituzionalizzazione.

La proposta di atto ministeriale sopra indicata specifica tali riferimenti, precisando che “L’obiettivo ideale è promuovere il benessere, la qualità della vita e l’autonomia di tutte le persone con particolare attenzione a quelle fragili, prevenire l’aggravamento delle patologie e il mantenimento dell’autonomia, evitare ricoveri impropri e favorire la permanenza nel loro contesto di vita nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità della persona”. Ed ancora, in esso si legge che “I servizi forniti dalle strutture di prossimità favoriscono la domiciliarità e riducono l’istituzionalizzazione, con l’obiettivo principale di preservare il benessere e la capacità di vivere, per consentire alla persona di far fronte ai propri limiti e di poter mantenere, il più possibile, il “controllo” della propria vita”. In verità tale prospettiva pare contraddetta da quello che si afferma poco dopo, nel medesimo documento, dove si precisa che “la struttura prevede un’ampia gamma di servizi con l’obiettivo di soddisfare, in maniera appropriata, i bisogni delle persone cui si rivolge, *potenzialmente tutti i cittadini della comunità di riferimento*”. Tralasciamo quest’ultima frase e proviamo invece a prendere per buona la precedente.

³ Quell’area che, come è stato sottolineato, ha rivelato nell’emergenza da Covid-19 la propria debolezza, ed il cui rafforzamento si è dimostrato necessario di fronte a patologie virali a diffusione pandemica “che richiedono interventi insieme capillari e personalizzati”: così A. PIOGGIA, *La sanità italiana*, cit., p. 401.

Quindi, nella prospettiva della legge, come attuata (se il testo dell’atto ministeriale diverrà definitivo) dall’esecutivo, scopo primario di queste forme di sperimentazione è – mi pare – molto vicino a quello indicato da mons. Vincenzo Paglia, Presidente della Commissione per la riforma dell’assistenza per la popolazione anziana istituita dal Ministero della salute, il quale auspica “una rivoluzione copernicana” nelle strategie di assistenza agli *anziani non autosufficienti*: una nuova assistenza domiciliare, sanitaria e sociale, che arrivi ai 2 milioni e 700 anziani sopra i 75 anni con disabilità o problemi motori, che consenta ad essi di restare a casa propria anche con il supporto di strutture di semi-residenzialità (come potrebbero diventare le RSA)⁴. La sperimentazione, peraltro, non dovrebbe riguardare soltanto la categoria di persone fragili indicate da Paglia: e tuttavia l’obiettivo dovrebbe coincidere.

Rispetto a tale prospettiva, le “Case della comunità” come previste dal PNRR presentano diversi elementi di differenza. Come si è detto, infatti, esse hanno riguardo a tutti i servizi offerti sul territorio: per il PNRR “la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare [quindi, non solo] ai malati cronici” ed in essa “sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie”, nonché “il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un’infrastruttura informatica, un punto prelievi e la strumentazione polispecialistica”. Inoltre, viene valorizzata sia la dimensione della continuità assistenziale, sia l’utilizzazione di infrastrutture informatiche: due dei punti qualificanti anche del d.l. n. 158/2012 (decreto Balduzzi).

In sostanza, a me pare che le due prospettive indicate non siano coincidenti, ma che in essa si possa individuare un rapporto tra parte e tutto: nella *sperimentazione* (di cui al d.l. n. 34/2020) si dovrà verificare la funzionalità di un sistema finalizzato a ridurre la istituzionalizzazione delle persone fragili e a favorirne nei limiti del possibile la domiciliarità; nella *prospettiva “a regime”* (indicata dal PNRR) tale obiettivo dovrebbe essere inserito in un contesto più generale di prossimità dell’assistenza sanitaria e sociale alle persone sul territorio, che costituisca riferimento in particolare per tutte le persone fragili in esso residenti, e in generale per tutti coloro che avranno necessità di assistenza.

Che le due prospettive (della legge e del PNRR) siano diverse è confermato anche da un aspetto non secondario: le “strutture di prossimità” (stando almeno all’atto ministeriale) “non sono necessariamente un luogo fisico, ma piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale”; mentre per il PNRR la Casa della Comunità sarà “una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali”.

⁴ N. MAGNANI, Mons. Paglia “aiutiamo anziani a rimanere a casa”/“Stop monopolio Rsa su assistenza”, in *il Sussidiario.net*, 5 maggio 2021.

Mi pare evidente che o la prospettiva della sperimentazione riguarda qualcosa di diverso da quello cui ha riguardo il PNRR, oppure che le due prospettive debbano essere integrate. Tra l'altro, si potrebbe dubitare della razionalità di un modo di operare nel quale da un lato si avvia (nei termini in cui si è detto) una sperimentazione biennale, e dall'altro si prevede una situazione a regime (che quindi dà per acquisito il buon esito della sperimentazione), rinviando ad un decreto ministeriale da adottarsi entro il 2021 (quindi, prima del termine della sperimentazione, anche nell'ipotesi in cui essa fosse partita in tempo...) la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, e addirittura indicando la prospettiva numerica che si dovrà raggiungere (nel PNRR è indicato il numero di 1288 Case della Comunità da attivare entro la metà del 2026, per un costo complessivo di 2 miliardi di euro).

A conferma di quanto detto con riguardo al PNRR, e al netto di alcune valutazioni critiche che sono state espresse⁵, è da sottolineare l'attenzione, rispetto al quadro tracciato nel 2007 con il decreto ministeriale che aveva avviato le Case della salute (di cui si dirà), alla dimensione tecnologica, considerato che la digitalizzazione è uno dei punti fondamentali dell'agenda di governo dell'esecutivo Draghi. Così, le Case della comunità sono inserite all'interno di un asse strategico bipartito; da un lato, infatti, si legge che la missione 6 del PNRR è articolata su "Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale: *gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità*⁶), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari" (corsivo aggiunto); dall'altro si legge che "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale (...) consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale".

⁵ Si veda quanto riportato nel report CREA, *Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte*, pubblicato nel mese di marzo 2020 e disponibile online all'indirizzo <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8337424.pdf>.

⁶ Va ricordato che gli Ospedali di comunità sono una realtà ben diversa dalle Case della comunità, configurandosi come una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità critica. L'ospedale di comunità svolgerà insomma una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero: così nella definizione offertane dal Presidente della Conferenza Stato-Regioni a valle dell'intesa sancita il 20 gennaio 2020 con il Governo (in *Regioni.it*, 26 febbraio 2020).

3. I caratteri della sperimentazione secondo il decreto Rilancio

Cerchiamo ora di comprendere in che cosa dovrebbe consistere il modello di strutture di prossimità di cui il d.l. n. 34/2020 prevede una sperimentazione biennale: non prima di avere segnalato la ragione per cui una siffatta previsione trovi spazio nell’ambito delle misure conseguenti alla diffusione della pandemia da Covid-19. Occorre al riguardo ricordare come la vicenda che abbiamo vissuto (e che certamente non si è ancora conclusa) ha fatto emergere diverse situazioni di criticità del sistema sanitario, e che “i punti di debolezza principali si concentrano nel settore dell’assistenza territoriale e in quello dell’integrazione socio-sanitaria”⁷.

In tale contesto, la prima dimensione che la previsione normativa intende perseguire è riferita “al principio della piena integrazione socio-sanitaria”: sull’evidente presupposto che quella sin qui realizzata sia un’integrazione ancora incompleta. Al riguardo occorre ricordare che un’integrazione effettiva deve realizzarsi in una prospettiva multidimensionale (come già indicato dal Piano sanitario 1998 – 2000), “attraverso i principi propri alla *primary care* e gioca ruoli complementari nell’ambito dell’assistenza primaria tra il livello micro (relativo alla dimensione clinica), meso (proprio della dimensione organizzativa) e macro (relativo alla dimensione di sistema)”, tra loro connessi mediante l’integrazione di tipo funzionale⁸.

Preliminare a ciò risulta l’esigenza di una efficace *integrazione istituzionale*, che richiede la “collaborazione fra istituzioni diverse (aziende sanitarie, amministrazioni comunali, ecc.) che si organizzano per conseguire comuni obiettivi di salute”. A questa deve affiancarsi una integrazione di tipo *gestionale*, riguardante il piano della struttura operativa: essa si deve realizzare in senso generale nell’ambito del distretto, mentre in modo più puntuale deve trovare applicazione nei singoli servizi, “individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l’efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni”. In terzo luogo, l’integrazione deve riguardare anche le *professioni* coinvolte, mediante una collaborazione che può risultare facilitata, come ancora evidenziato dal Piano nazionale, dalla costituzione di unità valutative integrate, dalla gestione

⁷ R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale del nuovo Ssn tra Stato e Regioni?*, in corso di pubblicazione su *Arco di Giano*. Secondo M. FABI, *Prospettive e sfide della sanità dopo il Covid*, in A. D’ALIOIA (a cura di), *La tempesta del Covid*, cit., p. 25, l’organizzazione in dipartimenti del sistema ospedaliero e di quello territoriale si è rivelata – di fronte alla sfida del Covid – inefficace: “rispondere a una domanda di salute così pervasiva, monotematica e con quei volumi con le strutture dipartimentali esistenti sarebbe stato un fallimento”. Anche secondo A. PIOGGIA, *La sanità italiana*, cit., p. 402, “l’integrazione sociosanitaria non può essere concepita come un ambito di risulta, marginale, ma deve essere ricostruita come luogo di presa in carico complessiva, centrale nel sistema delle cure”.

⁸ M. BONCIANI, S. BARSANTI, D. MATARRESE, *Esperienze di integrazione nell’assistenza primaria basate sulla co-location dei servizi: quali prospettive per il modello della Casa della Salute?*, in *MecoSan*, 2015, n. 96, pp. 84 ss. In tema sia consentito rinviare anche a E. ROSSI, *Il “socio-sanitario”: una scommessa incompiuta?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 2, pp. 249 ss.

unitaria della documentazione, dalla valutazione dell'impatto economico delle decisioni, dalla definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, dalla continuità terapeutica tra ospedale e distretto, dalla collaborazione tra strutture residenziali e territoriali, dalla predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie d'intervento, nonché dall'utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

Dunque, le strutture di prossimità in questione dovrebbero operare su tutti e tre i piani indicati, sul presupposto di un'integrazione anche nel livello istituzionale.

La seconda caratteristica di tale sperimentazione è che essa deve coinvolgere le istituzioni presenti nel territorio, nonché il "volontariato locale" e gli "enti del Terzo settore senza scopo di lucro". Mi soffermerò più avanti sulla imprecisione di tali ultimi riferimenti: al momento basti rilevare che dovrebbe trattarsi di una forma organizzativa che coinvolge le diverse espressioni del welfare locale (da qui – forse – la ridenominazione in "Case della comunità" ad opera del PNRR), la cui modalità di attivazione dovrà essere realizzata mediante gli strumenti messi a disposizione dalla legislazione vigente (e di cui si dirà).

Terza caratteristica, peraltro indicata come *eventuale*, è data dal "ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità".

Il c.d. budget di salute è stato definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". Esso è oggetto di una proposta di legge presentata in Parlamento il 9 aprile 2019 (AC n. 1752, prima firmataria D'Arrando del Movimento 5 stelle), attualmente all'esame della XII Commissione Affari sociali della Camera, mentre alcune regioni lo hanno adottato come strumento integrato di gestione degli interventi sociosanitari (alcune con legge: Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Campania, altre con atto amministrativo: Emilia-Romagna, Sicilia, Toscana). Nella relazione di accompagnamento della proposta di legge nazionale si legge che il budget di salute, "inteso nel senso di 'piano finanziario per il benessere', è l'unità di misura che indica quante e quali risorse umane, tecnico-professionali ed economico-finanziarie e per quanto tempo si devono investire per realizzare progetti terapeutici riabilitativi individualizzati con una probabilità di recupero alta e basata sulla valutazione di ipotesi soggettive e di finalità condivise".

Quella contenuta nel d.l. n. 34/2020 deve essere pertanto considerata, al momento, una previsione che richiede specificazioni, anche a livello normativo, e che tuttavia indica, nella sua sinteticità ed almeno con riguardo al budget individuale, una preferenza per il modello del sussidio personale (del tipo *fee for service* piuttosto che *fee for outcome*). Non è chiaro, in questo, come il richiamo al budget di comunità possa correggere o mitigare il primo riferimento: né l'atto ministeriale indicato all'inizio offre soluzioni al riguardo (limitandosi a richiamare la previsione legislativa). Da segnalare altresì che il riferimento al budget non è ripreso nel PNRR, che quindi sembra considerarlo come un'opzione possibile ma non necessaria (come, del resto, è nella stessa legge).

Ulteriore caratteristica è che queste sperimentazioni “consentano la valutazione dei risultati ottenuti”: profilo che dovrebbe costituire una caratteristica necessaria e indefettibile di ciascuna sperimentazione.

4. I precedenti: le Case della salute

Analizzato, almeno per grandi linee, il contesto normativo di riferimento, possiamo svolgere alcune osservazioni.

Il modello sperimentale adottato dall’art. 1, comma 4-*bis*, d.l. 34/2020, pare avere una qualche connessione (peraltro da verificare) con le Case della salute (d’ora in avanti, Cds) già presenti in alcuni contesti regionali, di cui si riferirà qui sinteticamente⁹. A livello nazionale, l’idea di istituire delle strutture così denominate fu lanciata nel 2006: Livia Turco, nel definire le linee programmatiche del Governo Prodi-II, affermò che “L’indicazione strategica è un grande obiettivo: costituire le ‘Case della salute’ dove si realizzi l’integrazione tra sanitario e sociale, in un quadro di sviluppo delle cure primarie a livello nazionale”. Tale struttura sarebbe dovuta diventare, nella prospettiva indicata dal Ministro, “la struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale con l’ospedale e le attività di prevenzione”, dove perseguire “la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l’educazione sanitaria e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche” e dove attivare “un’assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare”, nonché istituzionalizzare “la partecipazione dei cittadini che viene garantita attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate”¹⁰.

L’anno successivo venne emanato un d.m. (10 luglio 2007) in cui fu previsto un finanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale – Linee guida per l’accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, per la “Sperimentazione del modello assistenziale case della salute”; in seguito, la sperimentazione venne prolungata, a più riprese¹¹. Il d.m. definiva la Casa della salute come “struttura poli-

⁹ Cfr., per una mappatura, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, Servizio studi Camera, 1° marzo 2021.

¹⁰ L. TURCO, *Un New Deal della Salute Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini. Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati*, 27 giugno 2006, reperibile qui: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_530_allegato.pdf.

¹¹ In particolare, con il d.m. 14 ottobre 2009 si prevedeva che all’interno di tale linea progettuale potessero essere ritenuti validi ai fini dell’accesso al cofinanziamento tanto progetti che consentissero la riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza ed il miglioramento della rete assistenziale territoriale, garantendo l’assistenza sanitaria nelle 24 ore, attraverso lo sviluppo di modalità organizzative, quanto progetti che facilitassero il rapporto Ospedale - Territorio, anche attraverso il miglioramento delle modalità di comunicazione tra Ospedale e Medico di Medicina Generale, dal ricovero del paziente fino al momento della dimissione protetta, con l’attuazione di percorsi diagnostici terapeutici condivisi e mediante utilizzo di strumenti informatici e telematici.

valente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie" e quale "struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie". Sulla base di ciò, le regioni hanno avviato sperimentazioni sul proprio territorio.

In particolare l'Emilia-Romagna vi ha dato avvio mediante le previsioni contenute nella DGR 291/2010, successivamente integrate con la DGR 2128/2016. Tali atti hanno individuato gli strumenti di carattere organizzativo e assistenziale funzionali al miglioramento dell'integrazione delle cure, ed anche i meccanismi di presa in carico delle persone, definendo la Casa della salute quale "struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale", nonché "come un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che cura le interfacce con gli altri dipartimenti".

L'esperienza delle Case della salute è stata oggetto, in quella regione, di un confronto politico abbastanza acceso. Nel mese di agosto 2020 è stato pubblicato uno studio¹², curato dall'Agenzia sanitaria regionale, con l'obiettivo di valutare, sulla base di dati aggiornati, l'impatto del modello delle 120 Cds presenti sul territorio regionale. Le conclusioni di massima sono così formulate: "I risultati positivi osservati sulla riduzione dell'utilizzo inappropriato dei servizi di emergenza e delle strutture ospedaliere e sull'aumento degli accessi all'assistenza domiciliare integrata sono sicuramente incoraggianti. Quando letti congiuntamente a quanto rilevato nell'indagine effettuata dall'Agenzia Sanitaria e Sociale sulla qualità percepita dagli utenti, che ha evidenziato un alto grado di soddisfazione dei servizi ricevuti, si può concludere che le Case della Salute iniziano a dare i frutti attesi sulle dimensioni indagate". In particolare, nel rapporto si precisa che la presenza delle Cds avrebbe prodotto una consistente diminuzione degli accessi al pronto soccorso (con un calo quantificabile nella misura del 16.1%) e una diminuzione, meno marcata ma sensibile (2.4%), nei ricoveri in condizioni "sensibili al trattamento ambulatoriale"; al contrario, si registra un aumento (9.5%) degli episodi di cura domiciliare. Va però segnalato come il report in parola riferisca anche di una certa differenziazione di carattere territoriale: nelle città di Parma, Reggio Emilia, Bologna, Ferrara e Ravenna, infatti, gli effetti paiono essere più contenuti e disomogenei. Se da un lato, infatti, il calo delle visite al pronto soccorso risulta costante (10.3%), non emergerebbero invece, complessivamente, né un calo dei ricoveri in condizioni "sensibili al trattamento ambulatoriale", né un aumento delle cure domiciliari: secondo gli autori del report, ciò potrebbe essere dovuto a una pluralità di fattori, che vanno dalla facilità di accesso al pronto soccorso in alcuni dei contesti urbani appena menzionati, alle peculiarità dei modelli organizzativi adottati a livello locale.

¹² Dossier n. 269/2020 – Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019, redatto da LUCIA NOBILIO, ELENA BERTI e MARIA LUISA MORO, disponibile online all'indirizzo <https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/dossier/doss269>

In Toscana la sperimentazione delle Cds ha avuto inizio con la delibera regionale n. 139 del 25 febbraio 2008, con cui furono approvati i progetti pilota per la sperimentazione del modello assistenziale in tre aziende sanitarie: tale sperimentazione ha trovato conferme in diversi atti dell'esecutivo regionale¹³, in applicazione della L.R. 4 giugno 2019, n. 29 (“Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005”). La delibera iniziale ha definito la Cds quale “parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l’assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. È strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multiprofessionali coordinati clinicamente dai medici di medicina generale titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità”.

Tale sperimentazione è stata oggetto di studio e di analisi¹⁴: una rilevazione del 2016 realizzata per conto della Regione Toscana da parte della Scuola Superiore Sant’Anna¹⁵ ha censito 52 Case della salute attivate tra il 2006 e il 2015, segnalando che in ciascuna di esse si trovano una “media” di 7 medici di medicina generale, 9 infermieri, 9 specialisti, 2 assistenti sociali, 4 amministrativi, 3 OSS e 3 medici di continuità assistenziale. Insieme rilevando “una notevole differenza di offerta” tra di esse: ma anche osservando un ridotto coinvolgimento degli specialisti e degli assistenti sociali nella gestione condivisa dell’assistenza del paziente.

Sul piano sovra-regionale, uno studio condotto da Censis e dal Dipartimento Dies della Università di Roma Sapienza del 2009, con riferimento a otto contesti regionali (Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Sicilia e Sardegna) ha fatto emergere non poche criticità del sistema introdotto con il “progetto Turco”. Con riguardo in particolare al quadro delle “cure primarie” si è rilevata una “profonda disomogeneità nelle forme di intervento territoriale”, con la coesistenza di “strutture e servizi a complessità molto variabile, passando da realtà nelle quali la prossimità tra servizi diversi consentiva il *merge* sistematico di più soggetti, a contesti in cui prevalevano aggregazioni sporadiche o parziali”. La situazione non sembra migliorata negli anni successivi. Nel 2015 è stata presentata una rilevazione condotta a livello sindacale (da Sumai-Assoprof), che ha elaborato un’analisi su 8 progetti regionali (Sicilia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Lombardia, Campania, Marche, Puglia), e da cui si rileva una “Disomogenea presenza sul territorio, la mancanza di un progetto comune, un’applicazione di facciata in alcune realtà, una specialistica ambulatoriale non sempre rappresentata e sistemi informatici differenti”. Anche la deno-

¹³ Cfr., da ultimo, Atto di indirizzo sulle Case della Salute (Delibera n. 770 del 22 giugno 2020 – Allegato A).

¹⁴ Cfr. S. BARSANTI, M. BONCIANI, *General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy*, in *Health Serv Manage Res.*, 2019, n. 32, pp. 1 ss.; A. BRAMBILLA, G. MACCIOTTO, *Le Case della salute*, in *Recenti Prog Med*, 2014, pp. 147 ss.

¹⁵ S. BARSANTI, M. BONCIANI, L. ROTI, *Case della salute*, Pisa, Edizione Polistampa, 2016.

minazione di queste realtà varia in modo significativo: in 4 regioni (Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Marche) vengono chiamate Case della salute (Cds); in Puglia e Sicilia Presidi territoriali di assistenza (Pta), in Campania Strutture polifunzionali per la salute (Sps) e in Lombardia Chronicle related Group (Creg). Ancor più marcate sono le differenze sulla composizione professionale.

Una più recente ricerca del CREA Sanità¹⁶, condotta su tutto il territorio nazionale, ha indicato gli elementi ricorrenti in tutte le normative regionali reperite (tra i quali l'assunzione del paradigma della medicina d'iniziativa, il focus su prevenzione e promozione della salute, sull'integrazione professionale e sull'individualizzazione delle cure, l'importanza della continuità assistenziale e dell'integrazione ospedale-territorio, al presa in carico della cronicità), individuando rilevanti differenze tra i modelli prescelti, che vanno da un estremo in cui si situano le regioni che privilegiano l'integrazione "fisica" dei servizi (Emilia-Romagna, Toscana, Marche e Lazio) e l'altro in cui si collocano quelle che privilegiano l'integrazione funzionale (Lombardia), mentre nel mezzo si pone l'esperienza denominata Presidi Territoriali di Assistenza (Puglia e Sicilia), che unisce elementi di offerta e integrazione funzionale.

Un dossier del Servizio studi della Camera dei deputati del 1° marzo 2021 ha contato le strutture attive che possono richiamarsi al modello delle Cds: esse risultano sviluppate soprattutto in Emilia-Romagna (124 strutture), in Piemonte, Veneto e Toscana (rispettivamente 71, 77 e 76) e in Sicilia (55), mentre in altre regioni i numeri son assai inferiori. Nessuna di queste risulta attiva in Lombardia, Campania, Puglia, Trentino-Alto Adige e in altre regioni.

Alla luce di tale esperienza e dei suoi risultati concreti, affinché la nuova sperimentazione voluta dal d.l. n. 34/2020 possa produrre gli effetti desiderati e non "si traduca in un'operazione puramente nominalistica, cioè l'uso di un nome nuovo per chiamare delle cose vecchie"¹⁷, è necessario definire che cosa si vuole intendere ed ottenere con le strutture di prossimità/Case della comunità e, successivamente, definire con chiarezza i requisiti organizzativi perché esse possano concorrere a perseguire gli obiettivi, facendo tesoro dell'esperienza avviata nel 2007.

Occorre infine segnalare, e non da ultimo in termini di importanza, come la riforma realizzata nel 2012 (mediante il d.l. n. 158/2012, convertito in l. n. 189/2012) abbia previsto la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, a partire dalla medicina generale, mediante modalità operative che prevedono "forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi". Nella riforma fu anche inserita la possibilità per il Ministro della

¹⁶ CREA Sanità, *Case della salute e presidi territoriali di assistenza*, Roma, 23 marzo 2020.

¹⁷ Come denuncia I. CAVICCHI, *Riforma o controriforma pro Terzo settore?*, in *il Manifesto*, 11 maggio 2021, p. 19.

salute di emanare “disposizioni per l’attuazione in via transitoria dei principi” della riforma qualora entro sei mesi non si fosse proceduto all’adeguamento degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici convenzionati¹⁸.

5. L’esigenza di definire con chiarezza gli obiettivi delle strutture di prossimità/case della comunità

Alla luce di quanto esposto sino a ora, ritengo che in apertura di questa nuova fase dell’organizzazione sociosanitaria debbano essere definiti gli obiettivi che con queste nuove strutture si intendono realizzare, chiarendo almeno quattro aspetti.

In primo luogo, che tali “strutture” non possono essere pensate (soltanto) per la gestione di situazioni emergenziali (ed – in esse – di quella derivata dalla diffusione della pandemia da Covid-19), bensì devono essere costruite in maniera tale da dare una *risposta stabile* alle esigenze della popolazione anche oltre le fasi di emergenza (il che ovviamente non deve escluderne l’operatività anche in tali fasi): esse dovrebbero infatti consentire un salto di qualità nel gestire l’accesso normale e la continuità assistenziale. Questa seconda prospettiva tende a valorizzare “un’impostazione generale in cui ciò che si propone per la tematica COVID, nel risolvere il problema attuale, fa da apripista per un impianto che poi sarà generale per reggere le sfide assistenziali che ci verranno dalle nuove transizioni epidemiologiche, in cui il mix sarà cronicità e problematiche infettivologiche emergenti e riemergenti”¹⁹.

In secondo luogo, deve essere chiarito se esse sono rivolte ad un *target di persone definito* (anziani non autosufficienti, persone con disabilità psichica o fisica, persone con altre forme di fragilità) oppure sono pensate come strutture del sistema (socio)sanitario rivolte a tutta la popolazione²⁰: ritengo fondamentale a tale riguardo andare nella seconda delle direzioni indicate, al fine di consolidare modelli organizzativi capaci di essere stabilizzati nelle risposte di livelli essenziali di assistenza.

Ancora, occorre definire se dette strutture debbano realizzarsi nell’ambito di uno spazio fisico dedicato oppure limitarsi a costituire modelli organizzativi e funzionali: ritengo al

¹⁸ Su questi profili, cfr. R. BALDUZZI, *I principi della riforma e la sua attuazione*, in *Tra il dire e il fare*, 2021, n. spec., pp. 13 ss.; E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2019, n. 2, pp. 259 ss.

¹⁹ Così F. PALUMBO, *Perché le Case della Salute hanno ancora molto da dire*, disponibile online all’indirizzo http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=87121

²⁰ In tal senso, ad esempio, v. G. SESSA, V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità non è un ambulatorio ma un nuovo modo di promuovere la salute*, in www.sossanita.org, per i quali “la casa della Comunità non è (non dovrebbe essere) un poliambulatorio cioè una casa della Sanità ma una casa della Salute – intesa come benessere individuale e collettivo – dove la comunità è protagonista, insieme alle Istituzioni (Enti Locali, Scuola, Lavoro, Ambiente, Asl), al terzo settore no profit e al volontariato, in un comune disegno condiviso che denominiamo “Progetto di Salute” per quel territorio e per quella comunità”.

riguardo che non si possa prescindere da entrambe le dimensioni, sia in quanto la compresenza in uno stesso spazio fisico può favorire una maggiore integrazione gestionale e professionale²¹, sia in quanto, senza la seconda, forte sarebbe il rischio di giungere a soluzioni di “*co-housing*” tali da rendere insignificanti le successive ipotesi di co-progettazione di interventi adeguati, e pertanto anche di risultati efficaci.

Infine, si dovrà specificare se esse saranno concepite e realizzate alla stregua di una “nuova” infrastruttura organizzativa ovvero possano costituire una “condizione” organizzativa per unificare, o perlomeno rendere più efficaci, i percorsi di accesso: anche in questo caso, la prospettiva che si auspica è sicuramente la seconda.

Una volta definito – chiariti questi punti – l’obiettivo che si intende raggiungere, credo sia necessario interrogarsi sulle ragioni che hanno sin qui portato ad uno scarso successo dell’esperienza passata, al fine di non ricadere nei medesimi errori. Anche in questo caso mi limito ad un’elencazione sintetica per punti.

In primo luogo, riterrei opportuno ricercare, nelle modalità organizzative che saranno individuate sulla base degli obiettivi prefissati, il massimo possibile di omogeneità sul territorio nazionale: chiamare con lo stesso nome realtà molto diverse, con obiettivi, modalità e organizzazioni differenti non giova né al senso della sperimentazione né tantomeno al risultato finale che si intende perseguire. Comprendo che la ripartizione delle competenze costituzionali tra Stato e Regioni può costituire un limite a tale auspicio, e che il radicamento di “modelli” regionali è indice – spesso – di ricchezza nei territori, anche in relazione al capitale sociale ivi presente: ma nondimeno il carattere sperimentale dell’iniziativa, finalizzato a individuare un modello soddisfacente e efficiente capace di essere adottato su scala nazionale, dovrebbe indurre le amministrazioni regionali ad operare con lo sguardo rivolto alla dimensione sovra-regionale, anche superando eventuali criticità. Peraltro, il dilemma tra uniformità e rispetto delle esigenze di differenziazione costituisce uno degli snodi maggiormente critici di questo tipo di sperimentazioni²².

In secondo luogo, e considerando che condividere il medesimo spazio non comporta di per sé operare in maniera coordinata e integrata, la prospettiva di realizzare una struttura efficiente presuppone la definizione di una *governance* efficace: il che implica – in primo luogo – chiarezza di responsabilità tra i vari soggetti coinvolti. In particolare, occorre definire a chi spetta indirizzare l’azione della struttura, a chi spetta dirigerla, quali poteri

²¹ Sulla percezione positiva dei pazienti relativamente all’attività multidisciplinare realizzata in *co-location* cfr. M. BONCIANI, S. BARSANTI, A.M. MURANTE, *Is the co-location of GPs in primary care centres associated with a higher patient satisfaction? Evidence from a population survey in Italy*, in *BMC Health Services Research*, 2017, n. 17.

²² Che l’intervento del legislatore relativo alle risposte all’emergenza pandemica debba leggersi anche nel senso di “un tentativo di creare maggiori condizioni di uniformità sul territorio nazionale, attenuando le differenze tra i sistemi sanitari regionali” è sostenuto anche da G.F. FERRARI, *Il nuovo piano di rafforzamento del SSN*, cit., p. 64. Analogamente F. PALUMBO, *Dal Decreto Rilancio molte risorse per la sanità. Ma le Regioni non vanno lasciate sole. Per “fare presto e bene” meglio prevedere affiancamento e supporto da Ministero Salute, Iss e Agenas*, in *www.quotidianosanita.it*, 20 maggio 2020.

devono essere attribuiti a chi la dirige e quali responsabilità ricadono su quanti vi operano. È evidente, al riguardo, che il potere di direzione e di coordinamento richiede che tutti coloro che operano all'interno della struttura siano soggetti a tale potere, indipendentemente dalla propria appartenenza istituzionale. E mi pare altresì evidente che la funzione direzionale non possa essere attribuita al Direttore di Distretto, al quale possono e devono essere riconosciuti funzioni di indirizzo e controllo, ma non di direzione effettiva. Il che pone un problema non secondario soprattutto in relazione ai rapporti esistenti tra azienda sanitaria e medici di medicina generale²³; ma è un problema che deve essere posto ed affrontato se si intende imprimere un reale cambiamento di prospettiva.

In terzo luogo, se si vuole davvero che tali strutture possano realizzare la “piena integrazione socio-sanitaria” e garantire la “presa in carico” della persona, è necessario che in esse sia non soltanto assicurata la presenza di tutte le figure professionali necessarie (presupposto ovviamente indefettibile), ma anche che vi sia un effettivo coordinamento operativo delle stesse e delle attività che si intendono svolgere: il che richiede un lavoro di équipe costante ed adeguato, con la definizione di un ruolo di leader (con le competenze necessarie, ed i poteri connessi al ruolo), una formazione inter-professionale delle persone coinvolte e la condivisione di dati informatizzati²⁴. Quanto alla presenza in tali strutture degli assistenti sociali, il PNRR precisa che nelle Case di comunità essa “rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale”: espressione che deve essere letta come superamento del regime di facoltatività indicato dal d.l. n. 34/2020²⁵.

A monte di tutto questo dovrebbe collocarsi una prospettiva di ancor più ampio respiro, quale quella recentemente riproposta da Livia Turco: ovvero la definizione dei livelli essenziali sociali, che la stessa ritiene debba collocarsi all'interno di una concezione della salute come bene comune e dunque delle Case della Salute/Case di Comunità, al fine di rendere effettiva l'integrazione sociosanitaria²⁶.

²³ Scrive al riguardo, in modo netto R. BALDUZZI, *op. cit.*: “quanto al rapporto con i professionisti da coinvolgere nel percorso di integrazione socio-sanitaria, sarà decisiva la determinazione con cui i decisori politici, a livello nazionale e regionale, affronteranno le sfide con quelle categorie o pezzi di categoria storicamente meno inclini a un coinvolgimento pieno e operativo all'interno del Servizio sanitario nazionale: (...) l'ordinamento giuridico conosce norme, tuttora vigenti, idonee ad assicurare la priorità delle esigenze collettive rispetto a questa o quella deriva corporativa”.

²⁴ Sono queste anche le proposte avanzate nella rilevazione della Scuola Superiore Sant'Anna.

²⁵ Nel senso del necessario superamento della previsione che rende facoltativa la presenza dell'assistente sociale anche R. BALDUZZI, *op. cit.*

²⁶ L. TURCO, *La legge 328/2000 Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi venti anni dopo*, in *Politiche sociali*, 2020, n. 3, p. 521. In argomento v. A. BANCHERO, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 2, pp. 393 ss.

6. Il ruolo del Terzo settore

Un aspetto meritevole di particolare attenzione richiede il coinvolgimento “del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro”, come prevede l’art. 1, comma 4 *bis*, d.l. n. 34/2020. Ho già fatto cenno alla non felice formulazione della disposizione: indico brevemente le ragioni.

Il riferimento al “volontariato locale”, considerato che le *organizzazioni di volontariato* sono enti del Terzo settore (quindi già ricomprese nella seconda parte della previsione), potrebbe intendersi quale necessità di coinvolgimento anche di enti *non* del Terzo settore ma che si definiscano “di volontariato” (e quindi, in ipotesi, anche non iscritti in alcun registro). Ipotesi che condurrebbe a conseguenze assai complesse da gestire, oltre a porre significativi problemi di parità di trattamento, non discriminazione, verifica della presenza di requisiti necessari, ed altro ancora. Ritengo pertanto che questa sia una strada da evitare, e sia più opportuno ritenere che il coinvolgimento debba riguardare *soltanto gli enti del Terzo settore* (tra i quali, ovviamente, anche le organizzazioni di volontariato).

Quanto poi alla previsione riguardante gli “enti del Terzo settore senza scopo di lucro” si deve ricordare che a seguito dell’entrata in vigore del Codice del Terzo settore (d.leg. n. 117/2017) tutti gli enti che possono definirsi “del Terzo settore” devono essere senza scopo di lucro: pertanto la precisazione indicata nel testo normativo deve qui intendersi a fini descrittivi e non prescrittivi. Piuttosto va ricordato che per essere qualificato come del Terzo settore un ente deve essere iscritto nel Registro unico nazionale: quindi gli enti da coinvolgere nella sperimentazione delle strutture di prossimità potranno essere soltanto quelli iscritti nel RUNTS. Da segnalare anche, al riguardo, che il PNRR non fa riferimento a tali soggetti.

Superati tuttavia questi limiti, credo che in termini generali si debba riconoscere il valore di siffatta previsione, la cui connessione con l’obiettivo di realizzare una efficace integrazione socio-sanitaria è stata autorevolmente sottolineata²⁷, ed è coerente con l’auspicio, contenuto nel PNRR, di considerare “sempre più il Servizio sanitario nazionale come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario”. Al fine di realizzare effettivamente la prospettiva che mediante le Case di comunità si possa giungere alla “rifondazione del sistema di welfare”²⁸, questa sperimentazione potrebbe favorire l’attivazione di due strumenti normativi che il Codice del Terzo settore ha introdotto, e che sono stati oggetto anche di una importante sentenza della Corte costituzionale (sentenza n. 131/2020). Mi riferisco alla co-

²⁷ R. BALDUZZI, *op. cit.*, per il quale “l’integrazione socio-sanitaria acquista pienezza e spessore quando enti territoriali, enti funzionali, professionisti e volontariato-Terzo settore realizzano un’autentica integrazione comunitaria”.

²⁸ Come auspicano G. SESSA, V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità*, cit. Secondo S. ZAMAGNI, *La lezione e il monito della pandemia da Covid-19*, in AA.VV., *Pandemia e resilienza*, Roma, Cnr Edizioni, 2020, p. 37, “non c’è alternativa alla *welfare society*. Ciò è massimamente vero in sanità, come l’esperienza di questo tempo ci indica. Si tenga presente che la salute è un bene comune, né un bene privato né un bene pubblico. Ne deriva che la sua *governance* non può essere né privatistica né pubblicistica”.

programmazione e alla co-progettazione, strumenti entrambi introdotti dall’art. 55, il quale impone alle amministrazioni pubbliche di assicurare “il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento”, specificando che per co-programmazione deve intendersi quell’attività “finalizzata all’individuazione dei bisogni da soddisfare, degli interventi a tal fine necessari, delle modalità di realizzazione degli stessi e delle risorse disponibili”, mentre la co-progettazione è l’attività che ha come fine la definizione ed eventualmente la realizzazione “di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare bisogni definiti”²⁹.

Nell’interpretazione che ne ha offerto la Corte costituzionale nella richiamata decisione, il coinvolgimento degli enti del Terzo settore in tali procedure si giustifica in quanto essi costituiscono “un insieme limitato di soggetti giuridici dotati di caratteri specifici (art. 4), rivolti a «perseguire il bene comune» (art. 1), a svolgere «attività di interesse generale» (art. 5), senza perseguire finalità lucrative soggettive (art. 8), sottoposti a un sistema pubblicistico di registrazione (art. 11) e a rigorosi controlli (articoli da 90 a 97)”³⁰: elementi che la legislazione valorizza “come la chiave di volta di un nuovo rapporto collaborativo con i soggetti pubblici: secondo le disposizioni specifiche delle leggi di settore e in coerenza con quanto disposto dal codice medesimo, agli enti del Terzo settore, al fine di rendere più efficace l’azione amministrativa nei settori di attività di interesse generale definiti dal Codice del Terzo settore, è riconosciuta una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale”.

Se dunque per gli enti diversi da quelli appartenenti al mondo del Terzo settore il rapporto che si instaura con la pubblica amministrazione è di tipo sinallagmatico, quello che riguarda gli enti del Terzo settore è di tipo collaborativo: e ciò in quanto questi ultimi sono costituiti al fine di perseguire quello stesso *interesse generale* cui anche le pubbliche amministrazioni devono essere rivolte. Ed infatti la Corte considera l’art. 55 quale “espressa attuazione (...) del principio di cui all’ultimo comma dell’art. 118 Cost.”.

Di recente, il Ministero ha emanato delle accurate Linee-guida finalizzate all’attuazione della disposizione, adottate con Decreto del Ministero del Lavoro in data 30 marzo 2021. In particolare, per realizzare una procedura di co-progettazione, tale documento indica la necessità di adottare procedure comparative ad evidenza pubblica. Il relativo procedimento deve essere indetto da parte dell’amministrazione pubblica, ma può essere proposto anche da parte di uno o più enti del Terzo settore; dovrà essere poi pubblicato un avviso in cui dettagliare finalità e oggetto del procedimento, durata, quadro economico compren-

²⁹ In tema v., da ultimo, S. PELLIZZARI, A. MAGLIARI (a cura di), *Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Napoli, Editoriale scientifica, 2019; F. SANCHINI, *Profili costituzionali del Terzo settore*, Milano, Giuffrè, 2021; A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI (a cura di), *I rapporti tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore*, Napoli, Editoriale scientifica, 2020.

³⁰ Aspetti, sia consentito sottolineare, che inducono nettamente a distinguere il Terzo settore dal privato *tout court*: prospettiva che non sembra ben colta da chi auspica che, per le Case di comunità, sia preferibile tornare ai consorzi o ai comitati di gestione di una volta nominati dai comuni (I. CAVICCHI, *Riforma o controriforma*, cit.).

sivo delle risorse economiche messe a disposizione, ad altri aspetti di rilievo. Nell'ipotesi in cui l'iniziativa provenga da un ente, questa deve essere accompagnata da una proposta progettuale: se accolta, viene pubblicato un avviso in cui si dà notizia della valutazione positiva e si chiede ad altri enti del Terzo settore eventualmente interessati di presentare proprie proposte, per procedere poi a una valutazione comparativa. Per quanto riguarda lo svolgimento delle sessioni di co-progettazione si indicano due modalità alternative: o l'attivazione di un tavolo di co-progettazione alla presenza dei soli enti del Terzo settore le cui proposte siano state valutate positivamente; oppure l'ammissione alla co-progettazione di tutti gli enti in possesso dei requisiti previsti dagli avvisi.

In ogni caso, se al termine dell'attività di co-progettazione si raggiunge un accordo unanime tra enti del Terzo settore e pubblica amministrazione, il verbale che ne dà conto costituisce accordo integrativo o sostitutivo del provvedimento finale dell'ente. In forza di ciò, il procedimento termina con la sottoscrizione di una convenzione tra l'amministrazione e gli enti (singoli o associati), con la quale sono regolati i reciproci rapporti.

Infine, le Linee-guida precisano che la co-progettazione dovrebbe avere natura "circolare", nel senso che dovrebbe essere riattivata allorquando si manifesti la necessità o anche l'opportunità di rivedere l'assetto raggiunto.

Una diversa modalità indicata dalle Linee-guida, in coerenza con quanto previsto dall'art. 55, comma 3, del Codice, è la declinazione nella forma dell'accreditamento, che non attiva una procedura competitiva, ed è da intendersi alla stregua di una mera autorizzazione.

Alla luce di tale quadro complessivo, ritengo pertanto che la sperimentazione sulle strutture di prossimità, come anche l'avvio dei progetti di Case di comunità, possa costituire il terreno sul quale avviare una prima, estesa e coordinata attività di co-programmazione e di co-progettazione tra le amministrazioni pubbliche coinvolte e gli enti del Terzo settore, seguendo le indicazioni contenute nelle Linee-guida. In particolare, la co-programmazione dovrebbe essere condotta in primo luogo a livello regionale, allo scopo di definire le linee-guida da osservare nelle diverse realtà sperimentali, nonché per individuare gli ambiti territoriali nei quali attivare la sperimentazione. Essa potrebbe coinvolgere – in particolare – una o più delle reti associative presenti ed operanti (alcune di esse già si sono mosse in tal senso), in grado di garantire una capacità di lettura dei bisogni e di realizzazione di una rete di sostegno nelle diverse articolazioni territoriali. Ricordo a tale riguardo che in base a quanto previsto nelle Linee-guida, il ricorso a detto strumento può essere proposto anche da parte di uno o più enti del Terzo settore.

La co-progettazione, invece, dovrebbe essere sviluppata (anche su iniziativa di uno o più enti) nelle realtà locali, e finalizzata a definire le concrete modalità di funzionamento e di operatività delle strutture.

Potrebbe dunque essere questo l'ambito nel quale l'importante innovazione introdotta dal Codice del Terzo settore, e che la Corte costituzionale ha collegato in modo diretto al principio di sussidiarietà, trova la sua prima ed estesa applicazione su scala regionale e locale. Una prospettiva che, come auspicato dal PNRR, potrebbe contribuire a rendere "sempre più il Servizio sanitario nazionale come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario".