

Gli *standard* (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni

Renato Balduzzi

SOMMARIO: 1. La discussione sui profili procedurali e di rapporti tra le fonti. – 2. La discussione sul modello di assistenza territoriale. – 2.1. Problemi tecnico-finanziari. – 2.2. Problemi culturali. – 2.3. Problemi politici.

La circostanza che, a fronte della mancata intesa in sede di Conferenza Stato-regioni sullo schema di decreto del Ministro della salute concernente il regolamento recante “Modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, il Consiglio dei ministri abbia, forse con qualche frettolosità¹, valutato di superarla attraverso una delibera sostitutiva², ha aperto, in questi mesi, una discussione che, inizialmente incentrata sui profili procedurali e di rapporti tra le fonti, si sta progressivamente estendendo agli altri profili istituzionali e a quelli finanziari.

¹ Mi riferisco soprattutto alla circostanza che, nelle premesse della delibera, si rileva sia che lo schema di decreto è stato inserito il 16 marzo 2022 all'o.d.g. della Conferenza Stato-regioni, sia che durante la medesima seduta il Ministro dell'economia e delle finanze ha chiesto il rinvio; nonostante ciò, il Consiglio dei ministri ha individuato il 16 marzo quale *dies a quo* ai fini del decorso del termine di trenta giorni previsto dall'art. 3, comma 3, del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, ancorché la richiesta di rinvio da parte statale, quando accolta, possa essere interpretata come implicita volontà di spostare il momento del decorso del termine (sul punto, con riferimento alle ipotesi in cui il rinvio sia chiesto dalle regioni, v. G. CARPANI, *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, il Mulino, 2004, p. 90, nt. 10). Un altro profilo di perplessità per quanto attiene alla procedura è, come si vedrà, quello concernente il mancato coinvolgimento della Commissione prevista dall'art. 1, comma 556 l. 28 dicembre 2015, n. 208 (c.d. Commissione Lea II). Per quanto concerne l'inserimento, oltre che degli *standard*, dei modelli (o del modello), si tratta di una questione che attiene, come sarà chiarito nel testo, a profili formali di rapporti tra le fonti, diversi da quelli meramente procedurali.

² Delibera del Consiglio dei ministri 21 aprile 2022, in *G.U.*, serie gen., 3 maggio 2022, n. 102.

1. La discussione sui profili procedurali e di rapporti tra le fonti

Nonostante, soprattutto nelle prime settimane che hanno seguito l'adozione della delibera sostitutiva, non siano mancate voci che hanno sottolineato una presunta illegittimità della medesima in quanto il Consiglio dei ministri non avrebbe potuto autorizzare l'adozione del decreto *de quo* in assenza dell'intesa³, la questione, almeno per quanto attiene ai suoi profili generali, non sembra seriamente controvertibile.

Il nostro ordinamento conosce da tempo l'istituto dell'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni e l'*iter* procedurale volto a consentire a un provvedimento cui venga negata l'intesa di potere ugualmente diventare efficace⁴, attraverso una deliberazione motivata del Consiglio dei ministri adottabile una volta che sia decorso il termine di trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno⁵. Si aggiunga che le disposizioni sul perfezionamento e la mancata intesa, di cui al d.lgs. 28 agosto 1977, n. 281, "si applicano a tutti i procedimenti in cui la legislazione vigente prevede un'intesa nella Conferenza Stato-regioni"⁶. Ora, la base legislativa degli *standard* sanitari territoriali è, pacificamente⁷, l'art. 1, comma 169, della l. 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che "con regolamento adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza": il testo originario del comma, che prevedeva il semplice parere della Conferenza Stato-regioni, è stato, com'è ampiamente noto, dichiarato incostituzionale con sent. n. 134 del 2006 (red. De Siervo), nella parte in cui prevedeva l'adozione del regolamento "sentita" la Conferenza Stato-regioni, anziché "previa intesa" con la medesima.

Da notare che, poiché il comma 169 precisa che "con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale", la Corte costituzionale estende, nel dispositivo della pronuncia, l'obbligo dell'intesa anche alle parti del regolamento del Ministro della salute riferite all'individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi⁸. In proposito, non è superfluo considerare, ai fini del nostro esame, che tra le macro aree di offerta individuate dal Piano

³ V., ad es., E. JORIO, *Il Dm 71 e i dubbi di legittimità costituzionale sulla scelta del Governo di "procedere" in assenza di Intesa*, in *Il Sole 24 ore – Sanità*, 4 maggio 2022.

⁴ Per tutti, v. G. CARPANI, *La Conferenza Stato-regioni*, cit., pp. 90 ss.

⁵ Secondo il già menzionato art. 3, comma 3, del d.lgs. n. 281/1997.

⁶ Art. 3, comma 2, d.lgs. n. 281/1977.

⁷ Ad essa si è sovrapposto, come si dirà meglio oltre nel testo, l'art. 1, comma 274, della l. 30 dicembre 2021, n. 234.

⁸ E questo, come si vedrà più oltre, permette di individuare nel medesimo comma 169 la base giuridica sia degli *standard*, sia dei "modelli" per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

sanitario nazionale 1998-2000, vigente al momento dell'entrata in vigore del comma 169⁹, troviamo sia l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, sia l'assistenza distrettuale (quest'ultima comprensiva di assistenza sanitaria di base, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, territoriale e semi-residenziale, residenziale sanitaria, cioè della quasi totalità dei campi di intervento del futuro d.m. sugli *standard* territoriali). Ne consegue che il riferimento alle tipologie di assistenza e ai servizi contenuto nel comma 169 ben può coprire i modelli di assistenza sanitaria territoriale, incorporati nello schema di decreto di cui stiamo discutendo.

Ritornando al tema dell'intesa, non vi sono ragioni per affermare che quella richiesta dalla sentenza n. 134 sia qualche cosa di diverso rispetto all'intesa cui si riferisce l'art. 3 del menzionato d.lgs. n. 281/1997. La sentenza del 2006, infatti, assimila l'intesa che impone al regolamento sugli *standard* a quella che l'art. 54 della l. 27 dicembre 2002, n. 289 (che a sua volta veniva a confermare la procedura dell'art. 6 del d.-l. 18 settembre 2001, n. 347, conv. nella l. 16 novembre 2001, n. 405, sulla cui base è stata adottata la prima declaratoria dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, d.P.C.M. 29 novembre 2001) prevede quale procedura generale per i Lea (v. ora l'art. 1, comma 554, della l. 28 dicembre 2015, n. 508, sulla cui base è stato emanato il vigente d.m. 12 gennaio 2017). Non si è mai dubitato che tale "intesa" corrisponda alla figura generale quale consolidata nel d.lgs. 281/1997, che può essere "irrigidita" quando la fonte primaria chiede l'accordo (art. 4 del medesimo d.lgs.), oppure indebolita a mera funzione consultiva, per le modifiche meno rilevanti dei Lea (si v. il comma 559 del menzionato art. 1 della l. 508/2015). Nel quadro logico e concettuale della sent. n. 134, cioè di una pronuncia additiva a rime quanto mai "obbligate", in cui la Corte limpidamente desume dalla scelta del legislatore statale di prevedere l'intesa sui Lea sanitari l'incoerenza di richiedere il semplice parere per gli *standard* che ne sono specificazione e concretizzazione e che pertanto determinano limitazioni (*ex art. 117, c. 2. lett. m) Cost.*) ancora più incisive dell'autonomia regionale, nulla fa pensare che la Corte abbia voluto "inventare" una figura di intesa diversa da quella consolidata nella normativa vigente, alla quale più volte, peraltro, la sentenza stessa rinvia.

Un'altra questione di carattere procedurale, rilevata nel parere del Consiglio di Stato¹⁰, concerne il mancato coinvolgimento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, che ha sostituito la precedente Commissione prevista dal più volte menzionato comma 169¹¹. Il massimo

⁹ Il rinvio al quale, da parte del comma 169, è da considerarsi recettizio (analogamente a quanto è accaduto a proposito della nozione stessa dei Lea, i livelli essenziali di assistenza, relativamente ai quali le connotazioni di necessità e appropriatezza, previsti dall'art. 1, comma 7. del d.lgs. n. 502/1992 e s.m., sono da considerarsi integrate dalle previsioni del contestuale Piano sanitario 1998-2000: sul punto, v. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi, in La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2005, pp. 49 ss.

¹⁰ Cons. Stato, parere n. 881 del 2022, reso in esito all'adunanza del 10 maggio 2022.

¹¹ Secondo quanto previsto dall'art. 1, comma 565, della menzionata l. 208/2015.

organo consultivo statale, dopo avere avanzato il dubbio che il mancato avvalimento della Commissione costituisca vizio del procedimento, lo supera prendendo atto delle considerazioni espresse dal ministero in sede di audizione, secondo cui il già citato comma 274 della legge di bilancio per il 2022, non menzionando più tale obbligo, avrebbe comportato un'abrogazione tacita del comma 169. A ben vedere, tuttavia, la lettura del Consiglio di Stato non convince, in quanto il comma 274 non è fraseggiato come novazione della base legale del regolamento¹², ma la menzione del regolamento sembra piuttosto funzionale a porre un termine sollecitatorio per la sua adozione (30 aprile 2022) e a individuare la sua entrata in vigore come il momento della decorrenza dell'autorizzazione di spesa ivi prevista: d'altra parte, se così non fosse, dovremmo concludere che, poiché nel comma 274 sono omesse sia la menzione della natura regolamentare dell'atto ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge n. 400 del 1988, sia la necessità dell'intesa in Conferenza Stato-regioni, i ministeri avrebbero potuto derogare anche a tali clausole!¹³ Si aggiunga che non sembra conveniente, per l'esecutivo statale, insistere sul comma 274 come base legale: esso infatti include nell'oggetto del regolamento anche gli standard organizzativi, che lo schema di decreto (prudenzialmente?) espunge...

Sgombrato il campo dai problemi che attengono alla procedura¹⁴, passiamo ora a quelli concernenti i rapporti tra le fonti.

Viene anzitutto in rilievo la questione concernente la sufficienza della fonte primaria per abilitare un regolamento così dettagliato e minuzioso. La questione si articola sotto due profili principali: quello che attiene al rispetto del principio di legalità sostanziale, nel senso che sarebbero consentite al regolamento ministeriale determinazioni prive di una base legale idonea a circoscrivere il potere normativo secondario, e quello concernente

¹² Ne danno conferma sia la delibera sostitutiva menzionata *retro*, nt. 2, sia lo stesso schema di decreto, nella misura in cui sembrano lasciare sullo sfondo il comma 274. Costituisce conferma rovesciata di quanto appena sostenuto la circostanza che la relazione ministeriale illustrativa, depositata, in sostituzione della precedente, nel corso dell'audizione, riferendo la base legale esclusivamente al comma 274, lo riporta includendo una parte del comma 169, cioè che la sua emanazione sia fatta ai sensi dell'art. 17, comma 3, della l. n. 400/1988. Verrebbe da dire: *ultra petita*... Più attenta sul punto l'analisi tecnico-normativa, che tuttavia contiene una qualche confusione tra il secondo e il terzo comma dell'art. 117 Cost.: si legge infatti, al n. 5, che "la tutela della salute è materia di legislazione concorrente nell'ambito della quale spettano allo Stato la determinazione dei principi fondamentali e, in particolare, la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m)".

¹³ Il Consiglio di Stato si limita a suggerire, forse un po' frettolosamente, "l'esigenza di espungere o modificare le disposizioni che risultano superate, come, in questo caso, ad avviso del Ministero, sarebbe il citato comma 274" [*rectius*, comma 169, *ndr*]; sorvolano, sul punto, F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Il Consiglio di Stato e il DM 71. Più che una promozione piena un "rimandato a settembre"*, in *quotidianosanità.it*, 23 maggio 2022.

¹⁴ Quanto agli ulteriori limiti cui è assoggettato il potere di superare l'intesa, e in particolare a quello che consiste nell'obbligo, in capo al Consiglio dei ministri, di provvedere con deliberazione motivata, v'è da dire che il Consiglio dei ministri lo ha certamente rispettato, la motivazione della deliberazione del 21 aprile 2022 essendo semmai da considerarsi sovrabbondante (si vedano gli estesi richiami al rapporto della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica per il 2020 e agli obblighi assunti nel Piano nazionale di ripresa e resilienza, oltre alla puntualità con cui viene sottolineato l'insieme dei comportamenti ministeriali volti a praticare la leale collaborazione con le regioni (al netto di quanto rilevato *retro*, nt. 1).

il principio di legalità formale, essendo incerti gli oggetti demandati alla competenza del regolamento stesso¹⁵.

Sotto il primo profilo, vale la considerazione che la Corte costituzionale svolse nella menzionata sent. n. 134 del 2006, richiamando la precedente sent. n. 88 del 2003: poiché “si opera nell’ambito di una materia altamente tecnica come quella della individuazione delle prestazioni relative all’assistenza sanitaria, le pur limitate predeterminazioni legislative di criteri e di limiti al potere normativo secondario appaiono sufficienti per escludere il vizio denunciato”. È pur vero che, nel tempo, si è attenuato il ruolo di quadro generale di riferimento del Piano sanitario nazionale, ma questo non ha comportato una diminuzione né del grado di specificazione dei Lea, né delle garanzie regionali, in quanto il Piano sanitario nazionale è stato sostituito dai periodici Patti per la salute, elaborati ugualmente d’intesa tra Stato e regioni¹⁶.

Sotto il secondo profilo, è da notare una certa variabilità nell’indicazione degli oggetti demandati alla competenza regolamentare: mentre il comma 169, sulla cui base venne emanato il d.m. n. 70/2015 sui cosiddetti standard ospedalieri¹⁷ faceva riferimento alla fissazione di “standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza”, il comma 274, come si è visto, privilegiava gli “standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l’assistenza territoriale”. Ora, le premesse dello schema di decreto richiamano le quattro tipologie di standard - qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi - delle strutture sa-

¹⁵ Sul problema, in generale, v., per tutti, F. SORRENTINO, *Le fonti del diritto italiano*, 3ª ed., Milano, Wolters Kluwer, 2019, pp. 41 ss.

¹⁶ Non a caso, l’ultimo tra essi, il “Patto per la salute per gli anni 2019-2021” (di cui all’intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, rep. Atti n. 209/CSR) è menzionato sia nelle premesse della delibera sostitutiva del 21 aprile 2022, sia in quelle dello schema di decreto *de quo*, richiamando la costituzione della relativa Cabina di regia e la circostanza che il documento tecnico allegato allo schema di decreto è stato redatto con il coordinamento di Agenas, nell’ambito dei gruppi di lavoro istituiti dalla Cabina di regia: la puntigliosità nel sottolineare tale lavoro istruttorio si può spiegare anche alla luce del mancato avalimento della Commissione LEA, come già sopra evidenziato nel testo.

¹⁷ Più precisamente, la base legale del d.m. 70 fu l’art. 15, comma 13, lett. c) del d.-l. 6 luglio 2021, n. 95 (c.d. *spending review* in sanità), il cui *incipit* recitava: “c) sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2021, con regolamento approvato ai sensi dell’articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all’assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei ecc. [...]”. Si notino sia la diversa attenzione per i rapporti tra le fonti e la implicita “correzione” delle sbavature del comma 169 (non viene riportato né l’inciso “e possibilmente di esito”, né la specificazione, inutile e ambigua, “di cui ai livelli di assistenza”), sia l’esplicita correlazione tra la revisione della rete ospedaliera e la riorganizzazione della sanità territoriale (cui corrisponderanno, nel d.m. 70, i nn. 10 e 10.1 del documento tecnico, dedicati alla continuità assistenziale e agli ospedali di comunità, su cui v. oltre). Alla radice della frettosità della procedura di adozione del regolamento sugli standard territoriali e della scarsa attenzione ai profili del rapporto tra fonti, v’è indubbiamente la preoccupazione di rispettare i tempi del Piano nazionale di ripresa e resilienza; tuttavia, come si dirà in conclusione, un maggiore impegno in entrambe queste direzioni potrebbe non essere incompatibile con il rispetto di tali termini, anzi, sotto certi profili, favorirlo.

nitare dedicate sia all'assistenza territoriale, sia "al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico": quest'ultimo ampliamento è contenuto nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (M6C1-1), ancorché non presente né nel comma 169, né nel comma 274. Se si condivide quanto sopra detto a proposito della problematica utilizzabilità del comma 274 come base legale, ne consegue che sarebbe opportuna una norma primaria che soddisfacesse in modo chiaro al principio di legalità formale.

Collegato a quanto appena detto è la questione concerne il rapporto tra la competenza statale e quella regionale. Come non ci sono dubbi sulla spettanza al legislatore statale della competenza esclusiva sui livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali (compresa, ai sensi del comma 6 dell'art. 117 Cost., la potestà di demandare alla fonte secondaria non soltanto la declaratoria di tali livelli, ma altresì delle loro specificazioni, una volta che la fonte primaria ne abbia in modo sufficiente determinato oggetto e perimetro di esercizio), così non dovrebbero esservi dubbi circa la spettanza alla competenza statale dei principi fondamentali anche della disciplina organizzativa dei servizi sanitari, purché sia lasciato al legislatore locale uno spazio di esercizio di quella che è la sua competenza in tema di tutela della salute¹⁸. Il problema sorge quando, anche a causa di una imprecisa individuazione degli oggetti lasciati al normatore secondario, non è chiaro a quale dei titoli di competenza statale ci si riferisce, perché allora può sorgere il problema della idoneità della fonte regolamentare a disciplinare tali oggetti. Il Consiglio di Stato si accorge, pur senza esplicitarlo, del problema e suggerisce al ministero un rimedio, quello di distinguere tra componenti prescrittive e componenti descrittive dell'allegato tecnico¹⁹, con l'esito di essenzializzare le scelte concernenti gli *standard*²⁰. Resta fuori da tale contesto il problema della sufficienza della base legale per quanto attiene non a questi ultimi, ma al "modello" di assistenza territoriale: se è vero, infatti, che il riferimento alle tipologie di assistenza e ai servizi contenuto nel comma 169 ben può coprire il modello di assistenza sanitaria territoriale, è altrettanto vero che taluni elementi portanti di tale modello sono oggetto di disciplina legislativa statale ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost. (tutela della salute)²¹.

Si pensi, a titolo di esempio, al distretto socio-sanitario, relativamente al quale il d.lgs. 502/1992 prevede una disciplina articolata, che demanda profili importanti alle regioni

¹⁸ Sul punto R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2, pp. 8-9.

¹⁹ Non si tratta dell'unico suggerimento rivolto al ministero (e da esso accolto) nella fase istruttoria, basti pensare a quanto si dirà a proposito dei contratti istituzionali di sviluppo: una modalità di relazione tra organo consultivo e amministrazione centrale che non si può non apprezzare, e che potrebbe, ove perseguita con modalità idonee, migliorare la qualità dei provvedimenti governativi.

²⁰ Più che tra prescrittivo e descrittivo, la dicotomia parrebbe tra vero e proprio *standard*, da rispettare, e indirizzo non cogente, ma orientativo. Come si vedrà esemplificando sugli Ospedali di comunità, la circostanza che taluni *standard* siano flessibilizzati nelle parti "descrittive" non aiuta alla chiarezza dell'operazione condotta.

²¹ Nella giurisprudenza costituzionale, sono stati ammessi regolamenti dell'esecutivo in materia di legislazione concorrente ove contenenti normativa tecnica (ad es., sent. n. 180 del 2020, in tema di regolamento di polizia mortuaria), il che non sembra riferibile al nostro tema.

sulla base dei principi fondamentali da questa dedotti, stabilendo altresì l'applicazione della normativa statale anche relativamente a tali profili ove la regione non disponga su di essi²²: è evidente che, in presenza di una disciplina regionale eventualmente difforme dalle previsioni del d.m. sugli *standard* territoriali, non sarebbe conferente il richiamo alla clausola dei livelli essenziali e pertanto non sarebbe giustificata la compressione dell'autonomia regionale da parte di una fonte secondaria statale. Né sarebbe possibile una tale giustificazione richiamando i contenuti del Piano nazionale di ripresa e resilienza: ove anche si volessero considerare legittimati tali contenuti (ma sul punto gli argomenti a favore sembrano davvero deboli²³), essi non avrebbero comunque i caratteri di specificità sufficienti per legittimare un tale vincolo – e l'esempio del distretto sociosanitario è quanto mai calzante, se solo si pensa che esso viene richiamato nel Pnrr soltanto una volta, in relazione all'obbligo che in ogni distretto sia presente una centrale operativa territoriale.

2. La discussione sul modello di assistenza territoriale

Veniamo ora alla discussione sul “modello” di assistenza sanitaria territoriale²⁴, che può essere distinta in tre filoni: problemi tecnico-finanziari, culturali e politici.

2.1. Problemi tecnico-finanziari

In primo luogo, emerge, per quanto concerne i problemi tecnico-finanziari, la questione delle risorse di personale, specialmente per le Case della comunità e per gli Ospedali di comunità, questione sollevata in particolare dalla Regione Campania per motivare la mancata intesa sullo schema di decreto, tenuto conto che le risorse a questi destinate dal Pnrr e dal Piano complementare sono risorse per investimenti. Al netto di qualche, pure importante, riorganizzazione e redistribuzione, è indubbio che, stando agli standard di personale individuati (per difetto) dall'allegato allo schema di d.m., servirebbe un *surplus* di personale tale da richiedere un investimento di risorse aggiuntive, a partire dal 2026, di circa il 25%²⁵. Va dato atto che i ministeri interessati, nel corso di tutta l'interlocuzione con le regioni, hanno cercato seriamente di corrispondere a tale criticità, rimasta tuttavia irrisolta²⁶. Poiché l'attuale monte-risorse è stato elevato essenzialmente per ragioni di pan-

²² Artt. 3-*quater* e segg. del d.lgs. 502/1992, nel testo introdotto dal d.lgs. 229/1999; si v., soprattutto, l'art. 3-*sexies*, comma 4.

²³ N. LUPO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi*, 2022, n. 1.

²⁴ Ho intitolato al singolare (modello) perché, nonostante il titolo dato all'Allegato 1 dello schema di decreto rechi il plurale (modelli), l'art. 1 parla di “modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

²⁵ Sul punto F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Tutte le criticità del “dm 71”*, in *quotidianosanità.it*, 7 marzo 2022.

²⁶ Emblematico un passaggio delle premesse alla delibera sostitutiva del 21 aprile: “Considerato che in sede di Conferenza Stato-regioni è stata raggiunta l'unanime posizione in merito alla progressività nell'implementazione degli standard e dei

demia (nel senso che gli incrementi sono correlati alle maggiori spese per il contrasto al CoViD-19), il problema certamente esiste: anche ammesso che le risorse aggiuntive da pandemia possano essere stabilizzate, resterebbero da finanziare quelle derivanti dai nuovi standard territoriali, tenuto anche che un'eventuale *new spending review* (ammesso che sia praticabile politicamente) difficilmente consentirebbe comunque di centrare l'obiettivo di +25%...

Da qui la tendenza a pensare che una soluzione possa essere una sorta di privatizzazione strisciante: in fondo, si sente dire (e soprattutto sussurrare) il privato ha interesse a investire (pandemia *docet*) e dunque perché non facilitarlo? Tutta la discussione sul c.d. regionalismo differenziato in sanità nasce qui, non da esigenze epidemiologiche o di maggiore aderenza ai territori, come qualche cantore, talvolta in buona fede, di questa o quella regione afferma: la differenziazione permetterebbe la fuoriuscita dal modello introdotto dalla legge 833/1978. L'intreccio tra le richieste di autonomia "totale" (senza il vincolo del rispetto dei principi fondamentali) in tema di compartecipazione alla spesa e quelle concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi permetterebbe a singole regioni di derogare sostanzialmente all'assetto di fondo del Servizio sanitario nazionale e a una delle sue regole-base (quella per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale), provocando così la destrutturazione del Ssn. Non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere personale sanitario con minori vincoli e di retribuirlo in misura "differenziata", la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro" assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato²⁷.

In secondo luogo, si constata una qualche divaricazione tra ciò che viene detto all'interno della comunità degli studiosi di sanità pubblica, nelle commissioni parlamentari e nelle audizioni da queste promosse, e ciò che viene approvato nell'atto che dovrebbe costituire il vertice della politica della salute: la legge di bilancio. Così, mentre si parla di superare i "silos", cioè i finanziamenti compartimentati (e se ne parla talvolta anche senza tenere adeguatamente conto della loro storia e della ragione che li motiva)²⁸, la legge di bilancio per il 2022 si è occupata di singole istanze piccole e grandi (questa o quella malattia o gruppo di malattie, questo o quel settore dei Lea). Il problema più grave di questa divaricazione (vera e propria schizofrenia) è – come ha giustamente rilevato Filippo Palumbo – che la

modelli organizzativi in relazione alla disponibilità delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente".

²⁷ Si vedano i saggi raccolti in *Corti Supreme e Salute*, n. 1/2020, nonché R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza nell'emergenza pandemica*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia: problemi e prospettive*, Roma, Istituto Luigi Sturzo, 2022; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit.

²⁸ Per un esempio, v. l'intervista a P. SILERI, *Stop a logica dei silos, serve integrazione ospedale-territorio*, in *quotidianosalute.it*, 18 ottobre 2019.

tempistica del PNRR costringe ad una giustificabile accelerazione che, se non sarà accompagnata da una contestuale accelerazione sul modello assistenziale per esempio sulle Case della comunità, potrebbe portare alla realizzazione di contenitori (strutture edilizie ad es.) che saranno allestiti senza poi la possibilità di utilizzarli, in quanto l'organizzazione di molte Asl non si sarà adeguata²⁹.

In terzo luogo, sembra persistere una certa incomunicabilità tra “sociale” e “sanitario”: non c'è convegno dove l'integrazione sociosanitaria non la faccia da padrone, e molte buone pratiche lo mostrano³⁰. Manca ancora una compiuta sinergia tra le amministrazioni centrali: abbiamo inserito i Leps dell'autosufficienza nella legge di bilancio senza alcuna concertazione con i Lea, e nonostante questi ultimi lo richiedano³¹.

In quarto luogo, continuiamo ad avere parole che stentano ad assumere la forma di cose e di sostanza: ad es., il distretto sociosanitario. Frettolosamente inserito dopo alcuni *pre-draft* che non lo conoscevano, esso (si veda il n. 4 dell'allegato sugli standard) finisce in parte per ripetere la normativa del 1999, con alcune affermazioni che è difficile non considerare superflue, quale, ad esempio, quella per cui “all'interno del distretto *possono* essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della comunità hub”). Se possono, perché dirlo? E perché dirlo soltanto dei minori e dei consultori? E la salute mentale?³² Quando poi si dice che al distretto possono essere ricondotte le funzioni di committenza, erogazione diretta e garanzia, l'impressione è che non si sia voluto scegliere un modello regionale. Ma allora era meglio la tecnica del d.lgs. 229/1999... Sorprende poi che lo standard di una Casa della comunità *hub* ogni 40-50.000 abitanti, sia ripetuto come standard sia per il distretto sia per la Casa della comunità (per non parlare della sovrapposizione tra Centrale operativa territoriale e distretto, e tra distretto e Casa della comunità).

Positiva dovrebbe poi essere la valutazione sulla prevenzione (n. 14 dell'Allegato A), sia perché c'è (e non era così scontato), sia perché recepisce la migliore dottrina internazionale sulla prevenzione. Un profilo da approfondire potrebbe quello del completo silenzio sulla funzione dei medici di medicina generale in tema di prevenzione: chi meglio del medico di fiducia può sapere e orientare nel *mare magnum* della prevenzione delle malattie e delle dipendenze?

Per contro, il nesso tra *standard* e prescrizioni organizzative non è messo a tema in modo convincente e chiaro. Se penso che la “rivoluzione” del d.m. sarà affidata, quanto all'e-

²⁹ F. PALUMBO, *I nuovi standard per l'assistenza territoriale e i rischi della mancata intesa in Stato-regioni*, in *quotidiano-sanità.it*, 26 aprile 2022.

³⁰ Lo evidenziano da ultimo le buone pratiche descritte in alcuni *project-works* elaborati dagli allievi del primo Corso di perfezionamento in “Organizzazione e gestione delle Case della comunità” promosso dall'Università Cattolica del Sacro Cuore (in collaborazione con Federsanità-Anci, associazione Prima la Comunità, Società italiana di diritto sanitario) nell'a.a. 2021/2022, in corso di pubblicazione su *Corti Supreme e Salute*.

³¹ Si veda il già menzionato n. 10 del documento tecnico allegato al d.m. 70.

³² Della cui assenza nello schema di d.m. v'è peraltro piena consapevolezza.

securazione, a categorie di professionisti le cui rappresentanze non hanno mai nascosto la propria contrarietà ad alcuni aspetti qualificanti della riforma, non v'è da essere ottimisti. Forse sarebbe utile una legge-cornice che, in primo luogo, demandi alle singole regioni di completare il quadro stesso sulla base delle loro peculiarità storico-normative e, in secondo luogo, si dedichi a disciplinare le linee di fondo della riforma di alcuni degli apparati ormai sorpassati sotto il profilo organizzativo, senza la cui riconduzione alla rete le regioni diventerebbero un ostaggio polemico o un comodo alibi per non realizzare le indicazioni del Pnrr e degli standard stessi

2.2. Problemi culturali

Il senso della Casa della comunità, evoluzione del modello della “Casa della salute”, non può essere riduttivamente colto come una mera rivisitazione di quest'ultima, ma trae da tale esperienza le lezioni per non ripeterne le insufficienze, e ciò anche alla luce del precedente diretto e immediato costituito dalle “strutture di prossimità” previste dall'art. 1, comma 4-bis del d.l. n. 34/2020³³. In particolare, il genitivo possessivo qui dovrebbe esprimere una più forte imputazione e integrazione tra le persone dimoranti in un determinato luogo e l'organizzazione integrata dei servizi sociosanitari e socioassistenziali, così da rendere biunivoco il rapporto tra bisogno e servizio, e dare contenuto effettivo alla cosiddetta presa in carico. In tale prospettiva, “comunità” non è sinonimo di “salute”, e pertanto anche le regioni “virtuose” (quelle, poche, che hanno implementato il modello delle Case della salute) dovrebbero prendere sul serio il nuovo assetto previsto dal d.m.

Sempre sotto il profilo culturale, la parola “comunità” presente nella denominazione Ospedali di comunità non ha il medesimo senso che deve rinvenirsi nella denominazione di Case della comunità: mentre in queste ultime, appunto, esprime quel rovesciamento tendenziale del rapporto tra servizio e bisogno al fine di una reale presa in carico, nell'espressione Ospedali di comunità, già presente nell'ordinamento di settore³⁴, essa sembra fare riferimento genericamente a una risposta intermedia tra l'assistenza primaria e quella ospedaliera, ma non a un primo livello di quest'ultima. Sotto questo profilo, appare incongruo avere conservato, nella parte “descrittiva” la possibilità di raddoppiare il numero dei posti letto: la contraddizione tra lo *standard* “prescrittivo” e la fraseggiatura “descrittiva”

³³ Citare R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 2, pp. 339 ss.; E. Rossi, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, ivi, 2021, n. 2, pp. 361 ss.

³⁴ E precisamente nel n. 11 del documento tecnico allegato al d.m. 70/2015: “10.1 Ospedale di comunità. È una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20), gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche. Prende in carico pazienti che necessitano: di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare); di sorveglianza infermieristica continuativa. La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni. L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso [...]”.

non è soltanto una contraddizione interna al documento, ma apre al rischio di una pericolosa involuzione della figura dell'Ospedale di comunità, che verrebbe assimilato agli ospedalini del passato, con la conseguenza di venire a derogare a uno dei criteri ispiratori del d.m. 70.

2.3. Problemi politici

Tra questi, il più importante è quello che attiene alla medicina generale. Non si tratta di un problema di ordine culturale, perché da molto tempo la comunità scientifica e degli operatori aveva previsto l'inserimento organico dei medici di medicina generale all'interno delle Case della salute³⁵, e neppure di ordine tecnico-finanziario, già affrontato nella riforma del 2012 (art. 1 d.l. 158). Lo confermano: a) la paradossale vicenda dell'art. 1, comma 6³⁶; b) l'ancora più incredibile posizione di Fimmg su Aft³⁷, passata sotto silenzio (altro che incentivo per fare ciò che la condizione di convenzionato richiederebbe, salvo diventare un privilegio!). Si tratta di un vero e proprio problema di ordine politico, e come tale va risolto a quel livello. Non sarebbe sufficiente, come da qualche parte opportunamente si chiede, rivisitare la formazione del medico di medicina generale facendola confluire in qualche modo all'interno della formazione di livello universitario: non è che tali professionisti non conoscano il loro mestiere, è che un tale mestiere si esplica, sempre parlando in generale, con modalità poco coerenti con il funzionamento della rete integrata dei servizi sanitari. Sorprendeva, nella prima stesura del d.m., il silenzio su uno strumento interessante al fine di valorizzare un ruolo del centro non come semplice guardiano dell'equilibrio economico-finanziario, ma come promotore attento di salute: i Cis, contratti istituzionali di sviluppo. Opportunamente, all'interno dell'interlocuzione con il Consiglio di Stato, questa prospettiva è stata inserita e andrà misurata sulla base dell'effettiva volontà di ministero e regioni di prendere sul serio lo strumento.

Un altro problema politico attiene al ruolo e al coinvolgimento dei comuni. Senza di essi, si ripete spesso, non si dà integrazione sociosanitaria, in quanto la dimensione socioassistenziale finisce per restare sullo sfondo o per giustapporsi senza integrarsi. Ma ci crediamo davvero?

³⁵ Viene normalmente richiamato, in proposito (si v. da ultimo 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*, 2022, n. 2), un passaggio di Elio Guzzanti del 1977, il quale, a proposito di questa categoria professionale, così si esprimeva: "Recuperando, infatti, lo spirito e il ruolo del medico condotto, ma non più isolato perché coadiuvato da infermieri e da altre figure sanitarie e sociali, il nuovo medico di medicina generale, operante in centri di sanità o case della salute dove collabora con altri colleghi, non solo è in grado di orientare positivamente l'atteggiamento dei suoi assistiti verso la pratica della prevenzione primaria, ma è anche capace di ottenere una maggiore adesione e partecipazione ai programmi di prevenzione secondaria dei fattori precursori delle malattie e/o delle condizioni morbose già presenti ma ancora asintomatiche" (E. GUZZANTI, *La Medicina Preventiva: collegamento tra servizi ospedalieri e di territorio. Atti delle VI Giornate su "L'Ospedale in Italia"*, Istituto italiano di Medicina sociale, Roma, 1977).

³⁶ Sulla quale, v. R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza*, cit.

³⁷ Cfr. la mozione approvata dal Consiglio Nazionale della Fimmg il 19 marzo 2022.

Altro nodo, divenuto politico, è quello concernente le residenze sanitarie assistenziali, attorno alle quali sembra ancora mancare una visione strategica. Per riferirmi a un'esperienza straniera per noi sempre interessante, quella canadese, è notizia di questi mesi che il loro finanziamento è assunto all'interno del finanziamento della sanità, e dunque le Rsa rientreranno dentro i cinque principi del servizio sanitario canadese (universalità, accessibilità, globalità, portabilità e finanziamento attraverso la fiscalità generale. Noi stiamo questionando tra favorevoli e contrari, senza dire su quale modello di Rsa.

Un altro profilo su cui l'attenzione politica dovrebbero rafforzarsi è quello della medicina scolastica. È il momento di ricomprenderne e rivisitarne il ruolo. La prevenzione comincia oggi, prima ancora forse che in famiglia, a scuola.

Dove l'attenzione politica è stata forte, è nella costruzione della *governance* del Pnrr, definita soprattutto attraverso il d.l. n. 77/2021. Nella prospettiva costituzionale, merita attenzione, in particolare, il titolo I della parte prima del d.l. n. 77/2021 convertito nella l. n. 108/2021, sulla "governance per il PNRR", denominato *Sistema di coordinamento, gestione, attuazione, monitoraggio e controllo del PNRR*. L'art. 1, nel definire «il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021», afferma che «ai fini del presente decreto e della sua attuazione assume preminente valore l'interesse nazionale alla sollecita e puntuale realizzazione degli interventi inclusi nei Piani indicati al comma 1». Sempre ai sensi dell'art. 1, comma 3, è in base ad un doppio titolo che trova fondamento la disciplina sulla governance: «Le disposizioni contenute nel presente decreto, in quanto direttamente attuative degli obblighi assunti in esecuzione del Regolamento (UE) 2021/241, sono adottate nell'esercizio della competenza legislativa esclusiva in materia di rapporti dello Stato con l'Unione europea di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera a), della Costituzione e definiscono, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Si tratta di procedure che non marginalizzano l'autonomia, ma che esigono, in capo allo Stato e in capo alle regioni, una reale volontà di lavoro comune. 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: la "governance per il PNRR" di cui al d.l. n. 77/2021, va valutata positivamente, anche nelle parti in cui richiama il valore dell'interesse nazionale e disegna un sistema di poteri sostitutivi. Questi ultimi, infatti, non necessariamente si oppongono ai principi di autonomia, sussidiarietà e leale collaborazione, ma, al contrario, appaiono persino doverosi – laddove ve ne sia l'esigenza – per

contribuire ad assicurare quei livelli essenziali di assistenza che implicano la garanzia del fondamentale diritto alla salute in condizioni di uguaglianza³⁸.

³⁸ Per sviluppi, cfr. R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza*, cit.

