

La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*

Giovanna Razzano**

SOMMARIO: 1. Il sistema sanitario italiano osservato da fuori, fra luci e ombre. – 2. La “missione salute” e il necessario coordinamento con la “missione inclusione e coesione”: obiettivi, responsabilità e strumenti. – 3. Le cure primarie, fra visione e difficoltà di attuazione. – 4. Le azioni volte a rafforzare la medicina di prossimità lungo gli anni. – 5. L’importanza della “transizione formativa”. – 6. L’importanza della specializzazione universitaria, l’esperienza della medicina palliativa nelle cure domiciliari e la telemedicina. – 7. L’inerzia e i rimedi. – 8. Il ritorno dell’interesse nazionale, l’unità dell’indirizzo politico e amministrativo e l’autonomia. – 9. I poteri sostitutivi previsti dal d.l. n. 77/2021. – 10. Note conclusive.

ABSTRACT:

L’articolo si propone di considerare la “missione salute” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), inquadrandola nel percorso storico di sviluppo dell’assistenza sanitaria territoriale, fra le sue luci e le sue ombre. Il lavoro si sofferma, in particolare, su due temi principali: da un lato sull’importanza di investire non solo nella realizzazione di nuove strutture, ma anche nei percorsi formativi dei medici e di tutti i professionisti impegnati nelle cure primarie; dall’altro, sugli “strumenti di governance del PNRR”, laddove il legislatore, menzionando il concetto di interesse nazionale, prevede poteri sostitutivi in caso di mancato rispetto da parte delle regioni e degli enti locali degli obblighi e degli impegni finalizzati all’attuazione del PNRR.

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Professore ordinario di Istituzioni di Diritto Pubblico nell’Università La Sapienza di Roma.

1. Il sistema sanitario italiano osservato da fuori, fra luci e ombre

L'intento di questo lavoro è quello di approfondire alcuni contenuti della “missione salute” del PNRR, focalizzando l'attenzione, in particolare, sull'assistenza primaria e sui nodi che finora ne hanno impedito una piena realizzazione, fra competenze e responsabilità statali e regionali. In considerazione di ciò, si dirigerà poi l'attenzione sulla “governance del PNRR”, valutando l'opportunità delle misure adottate, specie con riguardo ai poteri sostitutivi, all'interesse nazionale e alla responsabilità del Governo.

Nell'intraprendere questa analisi e volendo sinteticamente tratteggiare lo stato dell'arte in materia, pare utile considerare il nostro sistema sanitario nazionale dall'esterno, in una prospettiva aerea o, per meglio dire, europea, secondo le valutazioni operate da alcuni organismi a ciò preposti. Merita attenzione, in particolare, il documento dell'*European Observatory on Health Systems and Policies*¹, che presenta un *incipit* incoraggiante: riporta infatti che nel 2020 l'aspettativa di vita in Italia è stata di quasi due anni superiore alla media UE, sebbene si sia ridotta di 1,2 anni a causa dei decessi dovuti al COVID-19. Inoltre, nel 2018, la mortalità prevenibile e riconducibile ai servizi sanitari è stata inferiore alla media UE, anche a motivo di «un sistema sanitario generalmente efficace nel trattare pazienti con affezioni potenzialmente letali». A ciò va aggiunto, considerando questa volta i dati dell'*European Institute for Gender Equality* (EIGE)², che, mentre i punteggi italiani relativi all'uguaglianza di genere sono inferiori a quelli della media UE in tutti gli ambiti³, rispetto alla salute l'Italia registra invece il punteggio comparativamente più alto.

Le criticità però non mancano. Queste vengono individuate nelle persistenti disuguaglianze fra le regioni nell'accesso alle cure, che fanno dell'Italia il Paese europeo con la più grande differenza tra regioni⁴. L'Osservatorio europeo afferma che «i cittadini delle regioni meridionali, meno prospere, hanno più del doppio delle probabilità di riportare bisogni di cure mediche non soddisfatti rispetto a quelli delle regioni settentrionali, più ricche, a causa di ragioni finanziarie, tempi d'attesa oppure distanze di viaggio»⁵. Si evidenziano

¹ OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021, Lo Stato della Salute nell'UE*, OECD Publishing, Parigi/Osservatorio Europeo Delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, Bruxelles, documento completato nel settembre 2021 su dati di agosto 2021 (fonti: Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità, Istat, Dipartimento di Protezione civile, statistiche sulla salute dell'OCSE 2021 e banca dati di Eurostat; WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Italy: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/countrypage.aspx>)

² EIGE, *Gender Equality Index 2019: Italy* (dati di ottobre 2019, pre-pandemia)

³ L'EIGE considera lavoro, denaro, conoscenza, tempo, potere e ulteriori sottodomini.

⁴ Cfr. anche i dati CREA, *Osservatorio sui tempi di attesa*, cit., citano quelli del Rapporto *EuroHealth Consumer Index* elaborato dall'Health Consumer Powerhouse Ltd (HCP) con il sostegno della Commissione europea. Sul problema L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2020, n. 1.

⁵ *Ivi*, p. 14.

quindi sia disparità geografiche⁶, sia disparità economiche⁷. Ne è indice la significativa e crescente mobilità interregionale in prevalenza dal Sud verso il Nord⁸.

A prescindere dall'impatto dovuto al Covid-19⁹, circa un terzo di tutti i decessi registrati in Italia nel 2019 può essere attribuito a fattori di rischio comportamentali, come il tabagismo, i rischi alimentari, il consumo di alcolici, la scarsa attività fisica e questioni ambientali, come l'inquinamento atmosferico¹⁰. C'è poi un dato apparentemente marginale ma in realtà interessante, segnalato dall'analogo documento OCSE del 2019¹¹: la scarsa resistenza antimicrobica della popolazione italiana, con la più alta mortalità per resistenza a trattamenti antibiotici in EU e una tendenza che non accenna a diminuire, a meno di un cambiamento nell'uso o meglio nell'abuso di questi farmaci¹². Tutti elementi su cui si tornerà a riflettere nel prosieguo del lavoro.

Quanto alla spesa sanitaria, quella italiana è da sempre storicamente inferiore alla media UE¹³. Nel 2019 l'Italia ha destinato alla sanità l'8,7 % del PIL, rispetto alla media UE del 9,9 %¹⁴. Ancor più profondo è il divario per la spesa relativa all'assistenza residenziale e semiresidenziale, sempre più importante a causa del rapido invecchiamento della popolazione: in Italia è inferiore alla metà della spesa totale rispetto alla media UE¹⁵. Per ciò che

⁶ Nel 2019 l'aspettativa di vita delle donne nate in Campania era di 2,7 anni inferiore a quella delle donne nate nella provincia autonoma di Trento. L'aspettativa di vita degli uomini nati in Campania era di 2,2 anni inferiore a quella degli uomini nati in Umbria. I dati successivi risentono dei decessi per Covid-19, maggiori al Nord (p. 5).

⁷ Gli uomini di 30 anni con livelli di istruzione inferiori vivono in media 3,6 anni in meno rispetto ai coetanei con livelli di istruzione più elevati. Tra le donne tale divario di longevità è minore: circa 1,5 anni. Divari che secondo il documento dell'OCSE sono anche riconducibili a diversi livelli di esposizione a vari fattori di rischio e a stili di vita poco sani, tra cui tassi di tabagismo più elevati e abitudini alimentari non sane tra gli uomini e le donne con livelli di istruzione inferiori.

⁸ Poli di attrazione e mobilità in entrata sono Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, la Provincia autonoma di Bolzano e l'Emilia-Romagna. Cfr. i dati della Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, 279 ss. (Il Rapporto si basa sui dati disponibili al 15 maggio 2021 ed è stato approvato nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 24 maggio 2021). Per quanto concerne l'età pediatrica, un bambino che vive nel Mezzogiorno ha un rischio del 70% più elevato rispetto a un suo coetaneo del Centro-Nord di dover migrare in altre regioni per curarsi (M. DE CURTIS, F. BORTOLAN, D. DILIBERTO, L. VILLANI, *Pediatric interregional healthcare mobility in Italy*, in *Italian Journal of Pediatrics*, 47, 2021, 139).

⁹ Durante la prima ondata, dall'inizio di marzo alla fine di maggio 2020, l'Italia ha registrato più di 34 000 morti, uno dei tassi di mortalità più alti in Europa. Alla fine di agosto 2021 il tasso di mortalità cumulativo in Italia dovuto al COVID-19 era di circa il 35 % superiore alla media UE (OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia. Profilo della sanità 2021*, cit., pp. 5 e 16).

¹⁰ *Ivi*, p. 7.

¹¹ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels – documento completato nell'agosto 2019, p. 21.

¹² Cfr. pure OECD (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307599-en>. Dall'ultimo Documento Programmatico AIFA, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Farmacisti (2018) non emerge una particolare attenzione al problema.

¹³ La percentuale di spesa pubblica rispetto alla spesa sanitaria totale è stata del 74 % nel 2019, mentre la media UE è dell'80 %. Gli incrementi di spesa degli ultimi cinque anni sono dovuti soprattutto all'incremento della spesa privata (OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021*, cit., p. 9).

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ivi*, p. 10.

concerne i posti letto ospedalieri, prima della pandemia, tra il 2014 e il 2019, l'Italia ne registrava 3,2 per 1000 abitanti, laddove la media UE era pari a 5,3. Oltretutto nelle regioni meridionali il dato era di 2,4 posti letto ogni 1000 abitanti rispetto ai 3,4 posti letto per 1000 abitanti delle regioni settentrionali. Nel 2020 gli ospedali italiani hanno così raggiunto rapidamente la soglia massima di utilizzo, con una drastica carenza di posti letto nelle unità di terapia intensiva e nelle unità dedicate all'assistenza ospedaliera per acuti, soprattutto in alcune delle regioni settentrionali¹⁶. Altro problema sono poi le lunghe liste di attesa¹⁷. Quanto al numero di medici, mentre la proporzione rispetto alla popolazione è maggiore della media europea, il numero dei medici ospedalieri e di medicina generale è in diminuzione, prefigurandosi così carenze di personale nel futuro¹⁸. Quanto agli infermieri, l'Italia ne impiega meno di tutti i Paesi europei occidentali e il loro numero è inferiore del 25 % alla media UE¹⁹. Fra l'altro, come rilevato dal documento OCSE riferito al 2019, il mancato aggiornamento del relativo piano formativo non permette lo sviluppo delle nuove potenzialità di questa professione e l'attribuzione di nuovi ruoli, come avviene altrove²⁰. In seguito, nel maggio 2020, a fronte dell'emergenza pandemica, l'Italia ha stanziato 480 milioni di euro per assumere circa 9600 infermieri nel corso del 2021 e ha introdotto il profilo dell'"infermiere di famiglia e di comunità"²¹.

Di particolare interesse, nella prospettiva del PNRR, è il punto in cui il documento OCSE del 2019²² prende atto di come molte regioni stiano implementando case della salute/della comunità (*multispecialty community-based centres*), in grado di offrire un'assistenza integrata sanitaria e insieme sociale, per offrire una risposta ai bisogni dei pazienti con comor-

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ Al riguardo l'indagine CREA, *Osservatorio sui tempi di attesa*, cit., basata sui dati del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva (Osservatorio Pit Salute), ha posto in luce, già prima della pandemia, un peggioramento quanto ai tempi, ai costi, alle difficoltà per ottenere i servizi di riabilitazione a domicilio, l'assistenza domiciliare, protesica ed integrativa. Lunghe attese sono segnalate per il riconoscimento dell'handicap, per l'erogazione dei benefici economici e delle agevolazioni. Inoltre, secondo l'VIII Rapporto annuale RBM-Salute Censis per il 2018, numerosi intervistati hanno dichiarato di aver fatto ricorso a conoscenze e raccomandazioni per accelerare l'accesso a visite mediche specialistiche. Anche secondo il Rapporto "Curiamo la corruzione", reso pubblico a fine 2017 da Transparency International Italia (TI), a nome del Consorzio TI - Censis - Riscis e Ispe Sanità, sulla base di dati raccolti presso le Aziende sanitarie e nei Piani Anticorruzione, vi sono specifici rischi di corruzione nell'ambito del sistema di gestione delle liste di attesa.

¹⁸ OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021*, cit., p. 11. Il numero dei medici di medicina generale, in assenza di azioni politiche, anziché aumentare, vedrà una riduzione, cosicché nel 2027 ve ne saranno 35.317 a fronte dei 42.009 del 2020 (allegato tecnico del PNRR, p. 46 (*mission 5* e ss.)). Altro problema è l'imbuto formativo dei laureati in medicina (che non trovano corrispondenti spazi per la formazione specialistica) e quello dei livelli della retribuzione iniziale, fra i più bassi d'Europa, da cui deriva un'importante emigrazione all'estero tanto dei laureati in medicina, quanto degli specializzati italiani (oltre 8.800 fra il 2010 e il 2018).

¹⁹ OCSE/Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari (2021), *Italia: Profilo della sanità 2021*, cit., p. 11.

²⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Italy: Country Health Profile*, cit., p. 17.

²¹ Art. 1, comma 5, d.l. 34/2020, coordinato con la l. di conv. n. 77/2020, al fine di potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4 (affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, soggetti fragili).

²² OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Italy: Country Health Profile*, cit., p. 10.

bidità. Il documento osserva, però, come nella maggior parte dei casi questi progetti-pilota non siano stati sottoposti ad un formale processo di valutazione²³. Viene poi menzionato il dato relativo alla bassa ospedalizzazione dei pazienti con malattie croniche (come il diabete, l'asma, etc.), interpretato come un dato positivo, indice di un buon sistema di cure primarie (*a strong primary care system*), in cui, almeno secondo il documento, i medici di medicina generale riescono ad intercettare i bisogni (*act as gatekeepers*) e un numero crescente di *teams* multidisciplinari è in grado di curare le cronicità e di offrire assistenza e prevenzione nei confronti della popolazione.

Su quest'ultimo aspetto, relativo alle cure primarie, si discosta però un'altra valutazione, quella "interna" della Corte dei conti, resa in occasione del citato *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, dopo il dilagare della pandemia. Per i giudici contabili, infatti, «la riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sono stati accompagnati, in questi anni, da un rafforzamento dell'offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte "più debole" della popolazione, cioè anziani, disabili, malati terminali. In molti casi non sono raggiunte le soglie richieste, pur se fissate a livelli molto contenuti»²⁴.

Nel giugno 2020 era nel frattempo giunta la *Raccomandazione del Consiglio dell'Unione europea sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2020 dell'Italia*²⁵. Per quello che concerne il nostro Paese, «la pandemia di COVID-19 ha sottoposto il sistema sanitario nazionale a una pressione senza precedenti, facendo emergere debolezze strutturali e la necessità di incrementare la preparazione in risposta agli eventi di crisi». Si osserva, poi, come alcune misure di coordinamento siano state rallentate, soprattutto all'inizio della pandemia, dalla «frammentazione nella governance del sistema sanitario e nel coordinamento tra autorità centrali e regionali». Come si vede, si tratta di un problema noto a livello europeo e notevole nella prospettiva costituzionale.

Sembra quindi opportuno valutare in che misura la "missione salute" del PNRR, nonché la missione n. 5, "inclusione e coesione", abbiano tenuto conto delle luci e delle ombre storiche del nostro SSN, delle fragilità che l'esperienza pandemica ha portato allo scoperto, e, altresì, dei rilievi e dei rimedi additati dalle stesse istituzioni UE, in procinto di assumere un nuovo ruolo nell'ambito della sanità pubblica, ai sensi del Regolamento n. 2021/522 del 24 marzo 2021, che istituisce un programma d'azione dell'Unione per il periodo 2021-2027 ("programma UE per la salute"), c.d. EU4Health²⁶. Non senza tralasciare di considerare,

²³ Cfr. però, regione Emilia-Romagna, Dossier n. 269/2020 - Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura, 2009-2019.

²⁴ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021*, cit., p. 275.

²⁵ Documento 8431/20 dell'8 giugno 2020, basato sulla proposta della Commissione ST 8185/20 - COM(2020) 512 final.

²⁶ Il Regolamento, ai sensi dell'art. 168 TFUE - e quindi ferma restando la competenza non esclusiva della UE nell'ambito della sanità pubblica - assegna alla Commissione un ruolo significativo rispetto alle minacce per la salute che assumano

in riferimento al problema della «frammentazione e della mancanza di coordinamento» osservata in Italia, la nuova metodologia di governo per il PNRR, ossia la «governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure» di cui al d.l. 31 maggio 2021 n. 77, detto “decreto semplificazioni bis”, poi convertito nella l. 29 luglio 2021, n. 180.

2. La “missione salute” e il necessario coordinamento con la “missione inclusione e coesione”: obiettivi, responsabilità e strumenti

La missione salute del PNRR si propone di riorganizzare le politiche della salute attraverso riforme e investimenti basati sui fabbisogni assistenziali, puntando così a superare i divari tra i diversi sistemi sanitari regionali²⁷ e a realizzare un percorso integrato che parta dalla casa come primo luogo di cura, per arrivare alle case della comunità²⁸ e agli ospedali di comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari e socioassistenziali. La missione si articola in due componenti: la prima denominata *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* (M6C1); la seconda, *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale* (M6C2). Ci si soffermerà, in particolare, sulla prima delle due componenti, pur tenendo conto che la seconda è idonea ad esercitare un forte impatto sull'altra, specie per ciò che concerne il fascicolo sanitario elettronico e l'attivazione di sistemi informativi in grado di migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La prima componente (M6C1) intende, in particolare, rafforzare le prestazioni erogate sul territorio, investendo 7 miliardi di euro: 2 miliardi per realizzare 1.288 case della comunità e la “presa in carico della persona”; 4 miliardi per rendere la casa primo luogo di cura, con l'obiettivo di prendere in carico entro il 2026 il 10 % della popolazione superiore ai 65 anni, anche implementando la telemedicina²⁹; 1 miliardo per rafforzare l'assistenza sanitaria intermedia e le sue strutture, quali specificamente 381 ospedali di comunità (1 per 158.122

un carattere transfrontaliero, rispetto a cui l'azione degli Stati membri potrebbe rivelarsi insufficiente. L'obiettivo è quello di rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari, promuovere l'innovazione, realizzare gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni unite, colmare le lacune evidenziate dalla crisi di Covid-19 in termini di gestione delle crisi, capacità dei sistemi sanitari e investimenti.

²⁷ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza #nextgenerationitaly, <https://www.governo.it/it/articolo/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/16782>, p. 39.

²⁸ Su cui E. ROSSI, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2021, n. 2.

²⁹ Si prefigura l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali cui sarebbe affidato il compito di coordinare i servizi domiciliari assicurando un collegamento con gli ospedali e la rete di emergenza urgenza.

abitanti)³⁰, ossia strutture a media/bassa complessità clinica dotate tra i 20 e i 40 posti letto gestite prevalentemente da personale infermieristico³¹.

Agli investimenti si affiancano alcuni strumenti normativi. Fra quelli che dovrebbero adottarsi entro giugno 2022, vi sono un decreto ministeriale di «definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e identificazione delle strutture a questa riferibili»³² e le linee guida concernenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare³³. Si attende inoltre un contratto istituzionale di sviluppo³⁴ per le case della comunità e la presa in carico della persona³⁵. Più in là andrà elaborato un «Disegno di legge sulla definizione di una nuova componente istituzionale del Servizio sanitario nazionale per le politiche, le attività e le prestazioni in materia di Salute-Ambiente-Clima»³⁶, secondo l'approccio c.d. *One Health*, che implica prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, nella consapevolezza dell'intreccio e della reciprocità fra questi aspetti³⁷.

³⁰ Il conteggio delle strutture è riferito alla popolazione secondo standard di qualità condivisi a livello scientifico. Cfr. allegato tecnico al PNRR, *Personnel cost and sustainability plan aimed at financing the activities "Strengthening health care and the territorial health network" relating to M6C1*.

³¹ Al riguardo cfr. l'intesa n. 3782 nella Conferenza Stato-Regioni del 20 Febbraio 2020, sui *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità*.

³² Sul punto, tuttavia, nonostante il 4 agosto 2021 sia stata acquisita un'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni su di un primo documento predisposto dal Ministero della salute, è poi mancata l'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". Sulla questione, che attiene alle procedure, al rapporto fra le fonti e ai contenuti, cfr. ora R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 2.

³³ Cfr. MEF, decreto 6 agosto 2021, *Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del PNRR e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione*, Tabella A (G.U. 24 settembre 2021). Il 9 marzo 2022 è stato siglato il protocollo AGENAS –ANAC di vigilanza preventiva-collaborativa riguardo la procedura per la realizzazione della Piattaforma di telemedicina. Il 18 marzo 2022 l'AGENAS, con l'Avviso per la piattaforma nazionale di telemedicina, ha avviato un'indagine finalizzata ad acquisire proposte da parte di Operatori economici, adeguatamente qualificati e in possesso di requisiti idonei ai sensi di legge. Cfr. al riguardo il Dossier del servizio studi del Senato, *Monitoraggio dell'attuazione del PNRR*, agg. 11 aprile 2022.

³⁴ I CIS possono definirsi come strumenti per la realizzazione di azioni complesse e strategiche, basati su accordi tra le amministrazioni centrali, quelle regionali e locali e i soggetti attuatori. Sono stati introdotti dall'articolo 6 del D.Lgs. n. 8 del 2011 e ulteriormente valorizzati dal decreto-legge n. 91/2017, art. 7 e, in riferimento al PNRR, dal decreto-legge n. 77/2021.

³⁵ Cfr. ancora MEF, decreto 6 agosto 2021, Tabella A, cit. e Dossier del servizio studi del Senato, cit., p. 32, in cui si ricorda che, con decreto del 20 gennaio 2022 il Ministero della salute ha stabilito il riparto con la consueta modalità basata sulla quota di accesso 2021 al Fondo sanitario nazionale, ma con un meccanismo di ponderazione per le Regioni del Mezzogiorno più favorevole (attribuzione del 45% in luogo del consueto 40% delle risorse alle Regioni del Mezzogiorno). Il 30 marzo 2022 è stata acquisita un'intesa sullo schema di CIS che, insieme al Piano operativo, ogni Regione dovrà presentare entro il 31 maggio 2022.

³⁶ Per l'attuazione di quest'ultimo intervento di riforma, nel periodo 2022-2026 è prevista l'assegnazione di 500 milioni a valere sul Fondo nazionale complementare (d.l. n. 59/2021).

³⁷ Secondo i dati sui siti contaminati nel nostro Paese, una rilevante fascia di popolazione residente (6 milioni di abitanti, pari al 10% della popolazione nazionale) vive in una situazione di rischio per il benessere psico-fisico (L. LUCENTINI-P. ROSSI, *Salute, ambiente e clima: sviluppo di un modello di sanità pubblica ecologica*, in *Piano nazionale di ripresa e resilienza. Missione salute*, Monitor n. 45, 2021, p. 18) mentre l'intero territorio nazionale presenta una grave ed estesa fragilità sismica, idro-geologica e climatica (WHO-UNCCC *Climate change and health country profile: Italy*. 2018).

In tutti i casi, il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati (AIFA, ISS e soprattutto AGENAS), è responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati. E, d'altro canto, come ha sottolineato il Presidente del Consiglio nel discorso per la presentazione del PNRR alla Camera³⁸, «le regioni e gli enti locali sono responsabili della realizzazione di quasi 90 miliardi di investimenti, circa il 40% del totale, in particolare con riferimento alla transizione ecologica, all'inclusione e coesione sociale e alla salute»³⁹.

In tema di case della comunità e di assistenza domiciliare, laddove dovrebbe operare un gruppo multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali, ruota anche la «missione inclusione e coesione» del PNRR, dove il ruolo degli enti locali è ancora più marcato. La missione n. 5 prevede infatti interventi per il sostegno alle persone vulnerabili, la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, percorsi di autonomia per persone con disabilità, nonché una legge quadro sulla disabilità⁴⁰ e una riforma del sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Indica come soggetti attuatori gli enti locali (comuni singoli od associati in ambiti territoriali) coordinati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, in collaborazione con le regioni.

Per quanto, dunque, il PNRR abbia distinto la salute dall'inclusione e dalla coesione, è fondamentale considerare in modo coordinato questi ambiti. L'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale è infatti ritenuta non solo opportuna, ma anche necessaria in molti settori, come nella disabilità, nella tossicodipendenza, nella non autosufficienza⁴¹. Si auspica pertanto la riunificazione delle funzioni amministrative relative alla tutela della salute con quelle socioassistenziali, posto che l'attuale divisione di competenze, ripartita fra le regioni, i comuni nonché l'INPS (in merito alle risorse e ai servizi connessi all'indennità di accompagnamento e/o assegni di invalidità) è causa di inefficienze, di disagi alle persone e di aggravii di costo sempre meno sopportabili per i comuni⁴². L'assistenza sanitaria

³⁸ Tenutosi il 26 aprile 2021.

³⁹ Secondo lo studio della Fondazione Istituto per la Finanza e l'Economia Locale (IFEL), di cui si è avvalso lo stesso servizio studi di Camera e Senato per l'elaborazione del Dossier sul PNRR del 27 maggio 2021, il coinvolgimento degli enti locali risulta necessario per l'implementazione di molte parti del Piano (sebbene questo non specifichi se e in che misura le risorse saranno assegnate alla diretta gestione degli enti locali). In particolare, si precisa, per ciò che concerne la «missione salute», l'obiettivo rispetto al quale è concretamente previsto il coinvolgimento degli enti locali è quello della realizzazione delle case della comunità, con il connesso investimento. Cfr. Dossier del servizio studi della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica sul PNRR, del 27 maggio 2021, p. 63.

⁴⁰ Cfr. ora la l. 22 dicembre 2021, n. 227, *Delega al Governo in materia di disabilità*.

⁴¹ Cfr. 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, p. 348; 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, ivi, pp. 393 e ss.; E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, ivi, 2018, n. 2, pp. 249 ss.

⁴² R. BOTTI, *Le Funzioni Amministrative in Sanità (art. 118 Costituzione)*, in *Ripensare il Titolo V a vent'anni dalla riforma del 2001*, Convegno a cura della Rivista *Federalismi*, ISSIRFA-CNR, Osservatorio sui processi di governo, Roma 13-14 ottobre 2021 (abstract disponibili sul sito di ISSIRFA). Egli propone, in particolare, di «realizzare un percorso integrato di

domiciliare di cui alla M6C1, come si dirà oltre, è poi intrinsecamente legata alla prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani e al sostegno delle persone vulnerabili (M5). Ad ogni modo il disegno di politica sanitaria e socioassistenziale sotteso al PNRR si pone in continuità con quello che potrebbe definirsi *il lungo cammino dalla centralità dell'ospedale a quella della persona da assistere*⁴³, nella convinzione che questo orientamento porti con sé una migliore appropriatezza delle cure, una diminuzione dei ricoveri impropri e una conseguente riduzione della spesa sanitaria. Significativo, a quest'ultimo riguardo, è l'allegato tecnico del PNRR, che nel definire in qual modo la missione salute sarà finanziata negli anni (*Sustainability Plan* - fino al 2027), indica un bilancio che, se da un lato prevede l'incremento del fondo sanitario nazionale, dall'altro mostra di basarsi soprattutto sui *risparmi attesi* dalla riduzione della spesa per ricoveri ospedalieri inappropriati (specie quelli dei malati cronici), sui risparmi derivanti dalla *presunta* diminuzione degli accessi al pronto soccorso dei codici bianchi e verdi (i maggiori risparmi attesi), e sui risparmi derivanti dal *presunto* calo delle spese farmaceutiche di medicinali ad alto rischio di inappropriatezza⁴⁴. Le incognite, evidentemente, non mancano⁴⁵.

3. Le cure primarie, fra visione e difficoltà di attuazione

La “missione salute” del PNRR si ricollega comunque ad un progetto risalente e, come ora si vedrà, anche largamente condiviso, di cui da decenni si attende la realizzazione, non

gestione dell'assistenza socio-sanitaria che indirizzi e coordini le diverse componenti del welfare (sanità, sociale, terzo settore e volontariato), identificando nel distretto socio-sanitario - a gestione ASL (Servizio Sanitario Regionale), ma con una importante partecipazione programmatica dei Comuni del territorio - il luogo di naturale sviluppo e gestione delle strategie di presa in carico e tutela del benessere dei cittadini. Cfr. inoltre l'analisi particolareggiata svolta da T. CERRUTI, *Regioni e indirizzo politico: un itinerario tormentato. Le scelte in materia di istruzione e assistenza sociale*, ESI, Napoli, 2020, pp. 291 ss., spec. p. 302, in riferimento al tema dell'integrazione socio-sanitaria nella programmazione regionale e locale. Cfr. inoltre, sul tema, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2017 ed E. VIVALDI, *Assistenza sociale, in Diritti e autonomie territoriali*, a cura di A. Morelli e L. Trucco, Torino, Giappichelli, 2014.

⁴³ L'espressione adottata, a differenza di altre, che ad esempio si riferiscono al passaggio *dall'ospedale al territorio*, sembra più appropriata, in quanto anche “il territorio” è a sua volta *funzionale* alla presa in carico della singola persona, con i suoi bisogni complessi.

⁴⁴ Cfr. allegato tecnico p. 49 (mission 5).

⁴⁵ Il documento di dettaglio del PNRR prevede infatti di passare dall'attuale 5,1% (701.844 assistiti) al 10% delle persone over 65 con patologie o non autosufficienza assistite a domicilio, arrivando a 1.509.814 persone nel 2026. Tuttavia, a ben guardare la tabella di riferimento, che considera cinque livelli di assistenza, sulla base del benchmark dell'assistenza nelle regioni Emilia Romagna, Veneto e Toscana, il 60% di tale categoria di pazienti avrebbe una visita domiciliare al mese da parte del medico di famiglia; un ulteriore 20% avrebbe una visita a domicilio del medico meno di una volta ogni due mesi e dell'infermiere ogni 12 giorni; solo un 4% avrebbe, fra medico e infermiere, un totale di accessi a domicilio di 12 volte al mese, mentre il restante 6% sarebbe in cure palliative e riceverebbe 15 visite domiciliari mensili. Come si intuisce, una tale risposta al bisogno di cura potrebbe non essere soddisfacente, sia rispetto alla garanzia costituzionale del diritto alla salute, sia rispetto all'obiettivo della diminuzione dei ricoveri ospedalieri e dei ricorsi al pronto soccorso, da cui dovrebbe derivare la diminuzione della spesa e quindi lo stesso finanziamento dell'assistenza sanitaria nel lungo periodo. Un ruolo potrebbe giocare la telemedicina, che potrebbe compensare la carenza delle visite in presenza con l'assistenza a distanza (sul punto *infra*, § 6).

rappresentando solo la risposta ad una contingenza, per quanto prolungata e grave, come quella della pandemia. I primi passi del cammino verso l'appropriatezza delle cure e la centralità della persona bisognosa di assistenza si possono far risalire, infatti, alla stessa legge istitutiva del SSN, la n. 833 del 1978, la quale già disponeva che, alla gestione unitaria della tutela della salute, si provvede in modo uniforme nell'intero territorio nazionale con una rete completa di USL che si articolano in *Distretti sanitari di base*, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei *servizi di primo livello e di pronto soccorso*⁴⁶.

In quegli anni si manifestava infatti, anche in ambito internazionale, una rinnovata consapevolezza circa l'importanza delle cure primarie. Sempre nel 1978, nel corso della conferenza promossa dall'Organizzazione mondiale della salute (OMS) ad Alma-Ata, in Kazakistan, era stato affermato il principio della essenzialità delle *Primary health care*, intese come *the place of first contact with a national health care system*, alla base della strategia della *Health for all by the year 2000*. Ancor prima, nel 1946, al momento della costituzione dell'OMS, la salute era stata inoltre definita come uno stato di completo benessere *fisico, mentale e sociale*, che non consiste solamente nell'assenza di malattia o di infermità⁴⁷. In seguito, nel 2018, la dichiarazione di Alma Ata è stata rilanciata dall'OMS ad Astana. Fu in quell'occasione che la rivista *Lancet* constatò una realtà tanto elementare, quanto essenziale per ogni politica sanitaria: quando la popolazione invecchia e la multi-morbidità diventa la regola, il ruolo delle cure primarie diventa determinante⁴⁸.

Ma cosa si intende, in concreto, con "cure primarie"? L'espressione trova origine nell'ambito della c.d. medicina preventiva, la quale è un aspetto essenziale della tutela della salute, come venne chiarito già durante i lavori in Assemblea costituente da Giuseppe Caronia⁴⁹, il quale, nell'esame dell'art. 26, poi divenuto l'attuale art. 32 Cost., chiarì che la tutela della

⁴⁶ Artt. 10 e 61, corsivi di chi scrive.

⁴⁷ Constitution of the World Health Organization: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity». L'Organizzazione Mondiale della Sanità, istituita il 7 aprile del 1948 con sede a Ginevra, è l'Agenzia delle Nazioni Unite specializzata per le questioni sanitarie.

⁴⁸ La rivista *Lancet* (Editorial. *The Astana Declaration: the future of primary health care?*, in *Lancet* 2018; 392: 1363) denunciò, al contempo, la crisi delle cure primarie e la loro mancata realizzazione dopo 40 anni, osservando come metà della popolazione mondiale ancora non avesse accesso alla gran parte dei servizi sanitari essenziali, mentre in realtà l'80-90% dei bisogni sanitari della popolazione – nel corso di tutta la vita – possono essere soddisfatti all'interno della rete delle cure primarie, dall'assistenza alla gravidanza alla prevenzione delle malattie tramite le vaccinazioni, alla gestione delle malattie croniche, alle cure palliative. Osservò, poi, come le politiche sanitarie si fossero concentrate sulle singole malattie, con risultati variabili.

⁴⁹ Ordinario di pediatria alla Sapienza, scienziato, eletto alla Costituente nelle liste della Democrazia Cristiana, fu insignito dell'onorificenza alla memoria di "Giusto tra le Nazioni" conferita dall'ente israeliano per la Rimembranza "Yad Vashem" per avere nascosto e protetto dalla persecuzione nazista a Roma, nel 1943-44, centinaia di ricercati nei locali della Clinica delle Malattie Infettive al Policlinico Umberto I, da lui diretta (E. GAUDIO, G. Caronia, in *Nomos*, 2017, n. 3, Relazione presentata al Convegno I 'Costituenti' de 'La Sapienza', svoltosi il giorno 30 novembre 2017, Università La Sapienza di Roma).

salute implica anche la prevenzione delle malattie e, quindi, la promozione dell'igiene⁵⁰. Altrettanto interessante, anni dopo, è quanto Elio Guzzanti⁵¹ scriveva già 1977:

«La prevenzione “primaria” (...) mira ad individuare e a combattere tutte le condizioni e possibili cause di malattia che derivano dall'ambiente fisico, biologico e sociale, un compito svolto da decenni dalla Sanità Pubblica, con la partecipazione dei medici condotti in funzione di ufficiali sanitari. L'evoluzione nel tempo della demografia, della epidemiologia e della sanità richiedono nuove concezioni, mezzi e metodi della prevenzione primaria. 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»⁵².

La lunga citazione è utile, perché mostra quanto antico sia il progetto delle case della salute, quali luoghi funzionali alla prevenzione primaria, così come l'auspicio per un «nuovo medico di medicina generale», in grado di «collaborare con altri colleghi». Aggiungeva in proposito Guzzanti:

«Dal punto di vista organizzativo, la medicina di base nella moderna concezione si differenzia dalla tradizionale figura del medico “solista” perché il medico di medicina generale ed il pediatra dovranno essere affiancati da un gruppo di altre figure professionali sanitarie, e dovranno avere la possibilità di un facile e pronto riferimento ad alcuni specialisti, in particolare l'ostetrico, il ginecologo, il cardiologo, lo psichiatra e l'odontoiatra. Se a tutto ciò si aggiunge la possibilità che personale dipendente di altri enti od organismi, quali assistenti sociali e gli addetti ai servizi di assistenza domiciliare, possa essere inserito in programmi congiunti di azione verso gli individui ed i gruppi vulnerabili ed a rischio, ecco completarsi la fisionomia del Distretto che è la vera essenza della riforma sanitaria»⁵³.

Si tratta di una visione lungimirante, che la “missione salute” del PNRR si propone di rilanciare ancora una volta⁵⁴. Al contempo, tutto ciò non può che evidenziare il ritardo accumulato, ove si consideri che è dagli anni Settanta che si punta alla realizzazione dell'assistenza

⁵⁰ Assemblea costituente, 24 aprile 1947, p. 3297.

⁵¹ Medico, docente, direttore ospedaliero, direttore dell'Agenas e Ministro della salute con il Governo Dini (1995-1996).

⁵² 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.

⁵³ E. GUZZANTI, T. LONGHI, *Medicina di base e medicina ospedaliera*, in Fondazione Medica, 1985;9:1005-1011 (editoriale). Cfr. anche E. GUZZANTI et al., *L'Assistenza Primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro squadra*, Roma, Edizioni Iniziative Sanitarie, 2009, in cui si è definita l'assistenza sociosanitaria come un bisogno complesso da riferire all'assistenza primaria, per una risposta assistenziale unitaria, «inscindibile nelle singole componenti sanitaria e sociale, cui corrisponda una unitarietà organizzativa, gestionale, temporale».

⁵⁴ Cfr. anche il rapporto dell'OCSE sul futuro delle cure primarie, *Realising the Potential of Primary Health care*, 30 maggio 2020.

primaria e si auspica che il «nuovo medico di famiglia» sia non più «solista». Va aggiunto, oltretutto, che questo programma di politica sanitaria non risulta essere stato oggetto di obiezioni, almeno se si guarda ai programmi politici. Il nucleo essenziale del progetto della medicina territoriale sembra infatti aver sempre trovato adesione da parte di coloro che si sono succeduti al Ministero della salute (quasi mai per oltre un biennio, va notato)⁵⁵.

4. Le azioni volte a rafforzare la medicina di prossimità lungo gli anni

Punto di riferimento fondamentale è la “riforma Bindi”, promossa dal d. lgs. n. 299/99, che all’art. 3 *quinquies* dispose, fra l’altro, che le regioni organizzassero il distretto in modo da garantire l’assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali; e in modo, altresì, da erogare prestazioni sociali di rilevanza sanitaria, se delegate dai comuni, così che il distretto potesse garantire, oltre all’assistenza specialistica ambulatoriale, attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell’infanzia, della donna e della famiglia; attività o servizi rivolti a disabili ed anziani; attività o servizi di assistenza domiciliare integrata; attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale⁵⁶.

Sulla stessa lunghezza d’onda si pose, anni dopo, il “New Deal per la Salute” del Ministro della salute Livia Turco⁵⁷. Pur constatando il fallimento dei distretti voluti dalla precedente riforma⁵⁸, veniva infatti rilanciata la medicina di prossimità e il «grande obiettivo della Casa della Salute», che – si diceva – «potrebbe diventare 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»⁵⁹. Si proponeva, inoltre, ai medici di famiglia, «un patto di diritti e doveri: diventare il perno del sistema delle cure primarie

⁵⁵ Fanno eccezione i Ministri Girolamo Sirchia (in carica dal 2001 al 2005), Beatrice Lorenzin (in carica dal 2014 al 2018) e Roberto Speranza, in carica dal settembre 2019. Risalendo indietro negli anni superarono il biennio anche Donat-Cattin (Ministro della salute dal 1986 al 1989) e Camillo Giardina (dal 1959 al 1962).

⁵⁶ Cfr. 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.

⁵⁷ Si tratta delle *Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini* presentato nel corso di un’audizione presso la Commissione affari sociali della Camera dei deputati, il 27 giugno 2006.

⁵⁸ *Ivi*, p. 30: «Il distretto non è diventato ciò che doveva diventare».

⁵⁹ *Ivi*, p. 31. Cfr. poi il Decreto del Ministro della salute del 10 luglio 2007. Sul tema cfr. i contributi raccolti da S. LANDRA, F. PRANDI, M. RAVAZZINI (a cura di), *La salute cerca casa*, Roma, Derive e Approdi, 2019; F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3.

in un sistema di governance, un governo clinico del territorio che costruisca la squadra tra medico di famiglia, medici del distretto, specialisti ambulatoriali, professioni sanitarie in un lavoro che deve essere a rete e non più gerarchico e frammentato»⁶⁰.

Volto al rafforzamento delle cure primarie è anche il programma politico rappresentato dal “Libro bianco sul futuro del modello sociale” del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Maurizio Sacconi, del maggio 2009⁶¹, che risulta particolarmente innovativo. Si auspica infatti non solo, ancora una volta, «lo sviluppo dei distretti socio-sanitari quali centri di riferimento dei cittadini e sede della integrazione operativa», ma anche il «superamento della distinzione tra pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi»⁶². Si tratta di un tema attuale, se si considerano gli orientamenti legislativi e giurisprudenziali più recenti, cui sembra opportuno accennare brevemente.

Da un lato, infatti, il nuovo Codice del Terzo Settore ha previsto che le amministrazioni pubbliche – nell’esercizio delle loro funzioni di programmazione e organizzazione a livello territoriale degli interventi e dei servizi nei settori di interesse generale – assicurino «il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione e accreditamento»⁶³; dall’altro, la sent. n. 131/2020 della Corte costituzionale ha considerato tale norma quale espressa attuazione del principio di sussidiarietà di cui all’ultimo comma dell’art. 118 Cost., affermando che gli enti del terzo settore rappresentano «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 (...) è riconosciuta una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale». Inoltre, in risposta all’emergenza pandemica, il c.d. “decreto rilancio” ha previsto alcune c.d. «strutture di prossimità»⁶⁴ piuttosto somiglianti alle famose case della comunità, al fine di realizzare, in via sperimentale, attività volte alla promozione della salute, alla prevenzione, alla presa in carico e alla riabilitazione, mediante modalità che riducano le scelte di istituzionalizzazione e favoriscano la domiciliarità. Per il legislatore la relativa sperimentazione deve coinvolgere le istituzioni presenti nel territorio, il «volontariato locale» e gli «enti del

⁶⁰ *Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*, cit., p. 31.

⁶¹ Vi si legge, infatti, che «nella dimensione territoriale acquisiscono un ruolo crescente i servizi di assistenza domiciliare, le residenzialità extra ospedaliera per non autosufficienti disabili, anche con formule innovative, quali gli ospedali di comunità e gli hospice per i pazienti oncologici (...) Anche nella formula organizzativa, la medicina generale sta cambiando, con il superamento della figura del medico “solista”, per approdare a nuove forme di associazione e collaborazione, che consentano di dar vita a un sicuro e stabile riferimento per il paziente lungo l’arco della giornata e della settimana».

⁶² Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Libro bianco sul futuro del modello sociale. *La vita buona nella società attiva*, 2009, p. 34.

⁶³ D.lgs. n. 117/2017, art. 55.

⁶⁴ Art. 1, comma 4-bis del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, convertito nella l. 17 luglio 2020, n. 77. Si tratta del medesimo provvedimento già menzionato a proposito della figura dell’infermiere di famiglie e di comunità.

Terzo settore senza scopo di lucro», cosicché si auspica 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-guida⁶⁵.

Merita infine attenzione la riforma del Ministro della salute Renato Balduzzi intervenuta nel 2012⁶⁶, lungo una linea evolutiva che si riallaccia all'intervento legislativo rappresentato dalla precedente riforma Bindi⁶⁷. Con tali norme, le forme organizzative della medicina generale, così come definite dall'accordo collettivo nazionale della medicina generale del maggio 2009, acquisivano rango legislativo, divenendo così un modello di riferimento per le regioni⁶⁸. Le regioni avrebbero dovuto disciplinare le forme organizzative mono-professionali di medici di medicina generale (MMG), denominate aggregazioni funzionali territoriali (AFT), e le unità complesse di cure primarie (UCCP), in modo da costituire «reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere»⁶⁹. La riforma richiedeva il rinnovo degli accordi collettivi nazionali concernenti i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS) e gli specialisti ambulatoriali e, naturalmente, l'implementazione dei principi della riforma da parte delle regioni. A tal fine, nella consapevolezza delle inerzie passate, l'art. 1, comma 6, d.l. 158/2012 prevedeva anche il meccanismo per cui, ove entro sei mesi non si fosse proceduto all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali, il Ministro della salute avrebbe emanato «disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi».

Purtroppo, a dieci anni di distanza, non si sono avuti né il rinnovo degli accordi⁷⁰, né l'attuazione dei principi della riforma da parte regionale⁷¹, con tutto ciò che ne è conseguì-

⁶⁵ Così E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR*, cit., p. 18. Il riferimento è alle *Linee guida del Ministero del lavoro emanate in attuazione della previsione di cui all'art. 55 del Codice del Terzo Settore* (d. lgs. n. 117 del 2017) in data 30 marzo 2021. Vengono altresì in rilievo le *Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali sulla sperimentazione di strutture di prossimità* predisposte dal Ministero della salute, su cui si è raggiunta l'intesa in sede di Conferenza Stato Regioni il 4 agosto 2021 (rep. atti n. 134/CSR 4 agosto 2021), in base alla quale l'attività di sperimentazione si dovrà concludere entro il 31 dicembre 2022, salvo proroghe.

⁶⁶ In concreto mediante il d.l. n. 158/2012, convertito in l. n. 189/2012, il d.l. n. 95/2012, convertito nella l. 135/2012.

⁶⁷ Così E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria*, cit., p. 274; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, p. 595.

⁶⁸ *Ivi*, p. 16-17.

⁶⁹ AA.VV., *La nuova sanità territoriale*, a cura di C. BOTTARI E P. DE ANGELIS, con prefazione di R. Balduzzi, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016; E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria*, cit., pp. 274 ss.

⁷⁰ L'accordo del 2018 non ha lambito le norme concernenti le forme organizzative dell'assistenza primaria né ha dato seguito all'istituzione del ruolo unico, che implica il superamento della distinzione tra medico di medicina generale e medico di continuità assistenziale per rendere effettivamente possibile quest'ultima.

⁷¹ Sul punto D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit. Interessante è quanto afferma E. JORIO, *La riforma*

to in termini di effettività delle cure primarie in molte parti del territorio nazionale e di sovraccarico degli ospedali, con le conseguenze che la pandemia ha purtroppo mostrato. In ogni caso a prescindere dalla pandemia, che ha mostrato una dedizione senza precedenti del personale medico e sanitario, anche a costo della vita, era ed è tuttora esperienza comune quella del medico ancora «solista», disponibile per le visite solo alcune ore e alcuni giorni settimanali, con finestre temporali incompatibili con gli orari di lavoro della stragrande maggioranza dei pazienti e talvolta scarsa dimestichezza con gli strumenti digitali. Altrettanto può dirsi di talune case della salute, dove spesso si riceve, anziché l'«orientamento positivo verso la pratica della prevenzione primaria» e la presa in carico di problemi di salute che non necessiterebbero di ricovero ospedaliero, l'invito a recarsi al pronto soccorso ospedaliero o a rivolgersi al proprio medico non appena riceverà⁷².

Nell'insieme, questa sintesi pone in evidenza come il problema sia rappresentato non già da una discordanza di vedute sull'opportunità o meno di rafforzare le cure primarie e la medicina del territorio, ma dalla mancata implementazione delle riforme da parte di tutti i livelli di governo.

Parafrasando autorevole dottrina, si potrebbe affermare che il nodo sembra essere costituito non tanto dalla carenza di leggi, bensì dalla carenza della loro attuazione e quindi della volontà e dalla stessa capacità politica di adottare appropriati atti amministrativi⁷³. Un tema rilevante nella prospettiva dei diritti costituzionalmente garantiti, secondo cui, come posto in luce da autorevole dottrina, non va trascurata l'importanza del momento organizzativo rispetto a quello puramente normativo⁷⁴.

Prima però di dirigere l'attenzione verso gli strumenti per la realizzazione del PNRR, sembra indispensabile ancora un *focus* sui contenuti.

“mancata” dell'assistenza primaria, in *Quotidianosanità.it*, 18 ottobre 2018, il quale, nel considerare il gran numero di case della salute realizzate in Emilia-Romagna, critica tuttavia la scelta di strutturare le AFT all'interno delle stesse, in quanto «non confacente con il buon senso e lo spirito legislativo di revisione dell'assistenza primaria», dal momento che verrebbe così «sottratto alle AFT il suo requisito della funzionalità garante (...) della diffusione capillare e continuativa dell'assistenza sul territorio, vera alternativa all'ospedalizzazione».

⁷² Le rapide pennellate critiche attengono al tema della valutazione delle case della comunità e della loro reale corrispondenza agli obiettivi che si prefiggono. Per quanto invece attiene ad una loro ricognizione si veda il Dossier del Servizio studi della Camera dei deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1° marzo 2021. Secondo E. JORIO, *La riforma “mancata” dell'assistenza primaria*, in *Quotidianosanità*, 22 ottobre 2018, p. 1, è criticabile, fra l'altro, la scelta delle regioni di ricorrere ad una pluralità di denominazioni per indicare le istituzioni territoriali dell'assistenza sanitaria primaria previste dalla riforma c.d. Balduzzi, con la conseguente assenza di un unico vocabolario identificativo.

⁷³ A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, XV ed., Napoli, Jovene, 1989, I, p. 542.

⁷⁴ G. BERTI, *Il principio organizzativo nel diritto pubblico*, Padova, Cedam, 1986, p. 75.

5. L'importanza della “transizione formativa”

Come si è visto, la prima delle due componenti in cui si articola la “missione salute” consiste nelle *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* e la somma maggiore di investimenti (4 miliardi) è destinata al progetto volto a «rendere la casa primo luogo di cura», con l'obiettivo di «prendere in carico», entro il 2026, il 10% della popolazione over 65, anche attraverso la telemedicina. Al riguardo sono molteplici le questioni sul piatto. Fra queste possono menzionarsi, oltre alle incognite concernenti il finanziamento nel lungo periodo, cui si è già accennato, il problema che attiene al rapporto fra i MMG, i PLS e lo stesso servizio sanitario nazionale, fra convenzione (la situazione odierna, in cui i medici restano liberi professionisti) ed ipotesi di dipendenza dal SSN⁷⁵; il problema della carenza di MMG nel lungo periodo; il problema del sistema di scelta dei direttori generali delle ASL, che continuano ad essere nominati dal Presidente della regione, secondo una scelta discrezionale⁷⁶ e la sfida della collaborazione che dovrebbe instaurarsi fra medici, infermieri, farmacisti, psicologi e assistenti sociali, ai sensi della “missione salute”. Essenziale, a quest'ultimo riguardo, è la nuova relazione fra tali professionisti e il paziente, che è l'obiettivo finale della riforma, secondo cui è la persona specifica a divenire centrale, con la sua peculiarità, il suo contesto e persino la sua casa.

Sul punto sembra utile soffermarsi, al fine di sottolineare l'importanza del tema della formazione dei professionisti coinvolti, e in particolare dei medici di medicina generale.

Al riguardo non ci si riferisce solo alla necessità di formare all'uso degli strumenti digitali, e di orientare i professionisti all'interno delle nuove strutture (case della salute e ospedali di comunità), ma anche e soprattutto di formare ad un approccio di cura diverso, modulato sul paziente e sulla sua famiglia, sui suoi *caregivers*. Il tutto in una prospettiva nuova, in cui l'equipe sociosanitaria considera come significativi, per la cura della persona, fattori che attengono alla prevenzione, allo stile di vita, all'alimentazione, all'igiene, alle eventuali

⁷⁵ Cfr., fra i tanti interventi, L. GARATTINI, A. NOBILI, *Per una medicina generale veramente al passo coi tempi*, in *Quotidiano sanità*, 21 settembre 2021. A livello regionale merita interesse il Piano socio-sanitario della regione Veneto 2019/2023, che prevede che possano svolgere la funzione di medici di famiglia non solo i MMG in convenzione con il SSN, ma anche i medici dipendenti del SSN e soggetti privati accreditati, in modo da sopperire alle carenze di personale e di promuovere anche una sorta di concorrenza volta a migliorare la qualità dell'assistenza medica, sotto il controllo del distretto socio-sanitario. Al momento in cui si scrive la bozza ministeriale di ACN della medicina generale ha incontrato obiezioni da parte delle regioni. Circola inoltre una bozza di decreto ministeriale (denominato “DM 71”) che definisce come dovranno essere organizzate le cure sul territorio e che attribuisce all'Agenas la vigilanza sulla sua applicazione.

⁷⁶ Lo ricorda, da ultimo, C. BOTTARI, *La persona e i diritti fondamentali nel sistema ospedaliero*, in *Osservatorio AIC*, 2022, n. 2, 5 aprile 2022, p. 82, che richiama i tentativi posti in essere dalle riforme Balduzzi (d.l. n. 158/2012) e Madia (d.lgs. n. 171 del 2016 e d.lgs. correttivo n. 126 del 2017, di attuazione della delega contenuta nell'art. 11, comma 1, lett. p), della legge 7 agosto 2015, n. 124), volti alla ricerca di un punto di equilibrio tra criteri fiduciari, e imparzialità e merito, al fine di superare la politicizzazione delle nomine apicali e sub-apicali. Sulla questione, M.P. MONACO, *La dirigenza sanitaria: il correttivo rende effettiva la riforma*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2017, n. 6, pp. 699 ss.; A. PIOGGIA, *Le nomine dei vertici della sanità*, ivi, 2016, n. 6, pp. 733 ss.; M.S. BONOMI, *La dirigenza sanitaria*, in *Federalismi-Osservatorio sanitario*, 30 luglio 2014. Quanto alla competenza legislativa, cfr. Corte cost., sent. n. 27/2014; n. 224 e 34/2010; n. 295/09; n. 104 e 105/2007; 422/06.

difficoltà economiche e ai disagi sociali. Una vera e propria rivoluzione copernicana. Una *transizione*, insomma, se si vuole adottare un linguaggio analogo a quello previsto dal PNRR per il versante digitale ed ecologico.

Occorre infatti passare da un modello ancora prevalente, in cui il MMG si limita a rispondere, di volta in volta, su impulso dello stesso paziente, alle singole richieste (di ricette, prescrizioni, accertamenti, etc.), spesso e volentieri in assenza di un'approfondita conoscenza e valutazione del quadro di insieme in cui si trova la persona, ad un modello del tutto diverso, in cui diversi professionisti, *in primis* il medico di famiglia, considerato il quadro clinico, familiare e sociale, siano in grado di offrire risposte appropriate, realizzando cure primarie di tipo proattivo e *comprehensive*, concretizzando la c.d. sanità "di iniziativa"⁷⁷. Si tratta, del resto, di un modello postulato dalla stessa definizione di salute quale «uno di completo benessere fisico, mentale e sociale, che non consiste solamente nell'assenza di malattia o di infermità» e, soprattutto, di un modello rispondente alla tutela della dignità della persona, che esige un rapporto fiduciario reale fra il medico e il paziente⁷⁸.

Se questo è l'obiettivo, ridurre tutta la riforma a cantieri volti alla costruzione o all'ammmodernamento di strutture fisiche – case della comunità e ospedali di comunità – rischia di tradire gli obiettivi sostanziali della "missione salute". Certamente i luoghi, gli spazi e le strutture fisiche sono importanti, così come lo è aumentare le unità del personale infermieristico⁷⁹, del quale l'Italia è carente. Ma ancor più rilevante è investire nella formazione di coloro che dovrebbero operare sia in queste strutture, sia nelle case dei pazienti⁸⁰.

È stato importante, in particolare, sotto la spinta dell'emergenza sanitaria, istituire la figura degli infermieri di famiglia e di comunità e assegnarli anche alle USCA insieme ai medici ed altri professionisti, ma è fondamentale delinearne competenze e formazione "a regime". Al riguardo il documento della Conferenza delle regioni del 10 settembre 2020 ha delineato alcune Linee di indirizzo⁸¹. In queste, da un lato si riconosce la necessità di consi-

⁷⁷ Con questo linguaggio ci si riferisce ad un modello che si distingue dalla "sanità di attesa" (quella che aspetta che il cittadino arrivi in ospedale), e si propone di andargli incontro con la prevenzione e l'educazione.

⁷⁸ Sul punto, da ultimo, C. BOTTARI, *La persona e i diritti fondamentali nel sistema ospedaliero*, cit., p. 83. Risalendo, invece, ai lavori nella Costituente, è interessante che il sopra menzionato emendamento Caronia prevedesse tale formulazione: «Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge, la quale inoltre garantisce il rapporto di fiducia fra medico e ammalato» (Assemblea cost., 24 aprile 1947, p. 3296).

⁷⁹ Si tratta di 2363 unità a valere sui fondi stanziati dal D.L. n. 34/2020 convertito nella L. 17 luglio 2020, n. 77, art. 1 c. 5 (94.500.000 euro), destinate alle Case della salute, ciascuna delle quali avrebbe 2 infermieri in più.

⁸⁰ Lo stesso *European Observatory on Health Systems and Policies* ha segnalato, come si è visto, la necessità di aggiornare il piano formativo degli infermieri; e ciò vale tanto più ora, che sono chiamati a dirigere, ai sensi del PNRR, gli Ospedali di comunità.

⁸¹ <http://www.regioni.it/newsletter/n-3909/del-17-09-2020/infermiere-di-famiglia-e-di-comunita-linee-di-indirizzo-21653/>
La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha incaricato inoltre un sottogruppo tecnico, costituito da rappresentanti del *Tavolo Area assistenza territoriale e del Tavolo Risorse Umane, formazione e fabbisogni di personale*, a effettuare approfondimenti in merito all'introduzione dell'IF/C, a partire dal documento *Position statement su Infermiere di Famiglia e Comunità* della FNOPI, in cui la descrizione delle competenze dell'IF/C risulta completa e in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio.

derare rilevante prevedere un percorso di formazione specifica con l'acquisizione di titoli accademici (si cita l'ipotesi di master in Infermieristica di famiglia e Comunità); dall'altro, in considerazione dell'emergenza pandemica, si ritiene fondamentale avviare tempestivamente l'organizzazione dell'assistenza territoriale come indicato dalla L. 77/2020 e si ritiene quindi necessario individuare infermieri per i quali sia possibile valorizzare l'esperienza acquisita, la motivazione e l'interesse all'ambito territoriale dell'assistenza⁸².

Sempre in tema di formazione, sembra importante richiamare l'attenzione su alcuni ulteriori aspetti, fra i tanti che meriterebbero attenzione.

6. L'importanza della specializzazione universitaria, l'esperienza della medicina palliativa nelle cure domiciliari e la telemedicina

In primo luogo, in una visione di medio-lungo periodo, è cruciale la questione della specializzazione di livello universitario dei MMG, posto che al momento in Italia, a differenza che in molti altri Paesi europei, la formazione consiste in corsi triennali organizzati dalle regioni, al di fuori delle università e, pertanto, del mondo della ricerca scientifica. Si tratta di un'esigenza improrogabile, tanto più che, ai sensi del PNRR, l'approccio medico, nell'ambito delle cure primarie, dovrebbe, come si è visto, conformarsi all'approccio c.d. *One Health*. Si è già visto, inoltre, come un'alta percentuale di decessi registrati, nel nostro Paese, sia attribuito a fattori di rischio comportamentali, come il tabagismo, la cattiva alimentazione, l'obesità, il consumo di alcolici, la scarsa attività fisica e l'inquinamento atmosferico. Fondamentale, pertanto, risulta il ruolo del medico di famiglia e dello sviluppo della ricerca scientifica nell'ambito delle cure primarie.

Vi è poi un altro aspetto da considerare, e lo si comprende portando ad esempio i dati in precedenza menzionati, quello per cui l'Italia è il Paese europeo con la più alta mortalità per resistenza a trattamenti antibiotici, a motivo dell'abuso di questi farmaci. Anche a questo riguardo, infatti, non pare irrilevante la questione della formazione dei MMG, in relazione alla loro indipendenza. Non sembra che sia del tutto da sottovalutare l'influenza degli operatori scientifici del farmaco sulle prescrizioni mediche, nonché i possibili con-

⁸² A titolo di esempio si afferma che «deve avere un'esperienza (almeno due anni) in ambito Distrettuale/territoriale, domiciliare o con esperienza di percorsi clinico-assistenziali (PDTA), di integrazione ospedale-territorio, di presa in carico di soggetti fragili. Altresì si ritiene necessario avviare iniziative di formazione aziendale, sulla base di indicazioni regionali, che permettano di formare, in tempi brevi, anche con modalità blended e formazione sul campo, infermieri per questa nuova forma di attività assistenziale territoriale. Tale formazione potrà essere riconosciuta e considerata anche ai fini dell'eventuale accesso successivo a percorsi accademici».

flitti di interesse in questo campo, per cui occorrerebbe evitare, in generale, che la formazione e l'aggiornamento siano veicolati dall'industria farmaceutica⁸³.

Ad ogni modo è fra gli stessi MMG, specie fra i più giovani, che si va facendo strada la volontà di migliorare il livello della formazione e di istituire, in particolare, una scuola di specializzazione in medicina generale, di comunità e cure primarie, della durata di quattro anni, con la previsione di uno specifico SSD⁸⁴.

In secondo luogo, con specifico riguardo alla formazione nell'ambito dell'assistenza domiciliare, che è una componente fondamentale dei servizi sociosanitari territoriali⁸⁵, occorrerebbe fare tesoro dell'esperienza pluriennale di medici, infermieri e altri professionisti nell'ambito delle cure palliative e nella terapia del dolore⁸⁶. Per quanto tale assistenza ancora attenda di essere garantita per tutto il territorio nazionale⁸⁷, è innegabile, al contempo, l'importanza dell'esperienza italiana, laddove i dati mostrano la stretta correlazione fra le cure palliative domiciliari, la qualità della vita dei pazienti e la riduzione dei costi⁸⁸. La ricerca e la pratica clinica indicano inoltre l'utilità dell'approccio palliativo in ogni traiettoria di malattia, specialmente nelle patologie croniche e in quelle che comportano deficit cognitivi⁸⁹; mentre il *core curriculum* in cure palliative si considera appropriato per

⁸³ Solo a titolo di es., cfr. L. GARATTINI, A. PADULA, PM MANNUCCI, *Conflicts of interest in medicine: a never-ending story*, in *Intern Emerg Med* 2020, n. 15, pp. 357–359 <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02293-4>; A. FABBRI, G. GREGORACI, D. TEDESCO et al, *Conflict of interest between professional medical societies and industry: a cross-sectional study of Italian medical societies' websites*, in *BMJ Open*, 6, 2016, 6; K.E. AUSTAD, J. AVORN, J.M. FRANKLIN, M.K. KOWAL, E.G. CAMPBELL, A.S. KESSELHEIM, *Changing interactions between physician trainees and the pharmaceutical industry: a national survey*, in *J Gen Intern Med*, 28, 2013, 8, pp. 1064-1071.

⁸⁴ Cfr. la proposta della SIMG, dell'Associazione Italiana Giovani Medici e del Movimento Giotto sui relativi siti istituzionali; si suggerisce un percorso formativo specialistico integrato università-territorio e attività clinico-assistenziale sottoposte a tutoraggio all'interno delle equipe territoriali multi-professionali (in maniera del tutto simile al resto degli specializzandi delle discipline mediche). Cfr. anche il documento *Specializzandi. "Urgente ripensare alla formazione per la medicina del territorio. Serve una riforma"*, in *Quotidiano sanità*, 29 luglio 2021. Occorre precisare che un corso di specializzazione in Medicina delle Comunità e Cure Primarie (secondo il DM 4 febbraio 2015, n. 68) è al momento attivo in cinque sedi universitarie (Padova, Modena, Bologna, Bari e Napoli), ma a tali specialisti è poi preclusa - inverosimilmente - la possibilità di esercitare come MMG.

⁸⁵ Il DPCM 12 gennaio 2017, che rafforza il concetto di domiciliarità per tutti i livelli di complessità assistenziale, ha introdotto per la prima volta nei LEA i "percorsi assistenziali integrati" (art. 21). Sul tema, M.A. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, atti del webinar del 18 ottobre 2020, Napoli, 2021.

⁸⁶ Interessante è anche la recente esperienza delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), previste dall'art. 8 del D.L. 9 marzo 2020, n. 14, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, costituite non solo da medici, ma anche da psicologi e assistenti sociali, per favorire la valutazione multidisciplinare dei pazienti.

⁸⁷ Come emerge da Ministero della Salute, *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*. Anni 2015-2017 e, anche, dal documento conclusivo dell'indagine conoscitiva della XII Commissione Affari Sociali, approvato all'unanimità mercoledì 10 aprile 2019.

⁸⁸ G. SCACCABAROZZI, F. LIMONTA, E. AMODIO, *Hospital, local palliative care network and public health: how do they involve terminally ill patients?*, in *European Journal of Public Health*, 27, 2017, 1, pp. 25-30. doi: 10.1093/eurpub/ckw152.

⁸⁹ F.J. MEYERS, J. LINDER, *Simultaneous Care: Disease Treatment and Palliative Care Throughout Illness*, in *Journal of Clinical Oncology*, apr. 2003; GOMEZ BATISTE X, MARTINEZ MUNOZ et al., *Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in*

la formazione di tutti gli specialisti che si relazionano con pazienti sofferenti, a prescindere dalla branca medica di formazione primaria⁹⁰.

Le cure palliative, soprattutto, sono organizzate (ai sensi della legge n. 38/2010 che ne ha sancito il relativo diritto, inserendole nei LEA⁹¹) secondo un modello “a rete di prossimità” in cui il luogo preferenziale di cura è il domicilio del paziente⁹². Si propongono inoltre l’obiettivo di prendere in carico il paziente e la sua famiglia allo scopo di trattare efficacemente la sofferenza in tutti i suoi aspetti, rendendo le persone parte attiva e consapevole del suo percorso di cura. Trova poi attenzione, da parte dei professionisti, non solo il dolore fisico, ma anche quello psicologico, spirituale e sociale, secondo le indicazioni dell’OMS⁹³, adottate sulla scorta dell’esperienza dell’*hospice movement*⁹⁴. Sotto questo profilo, nell’esperienza della medicina palliativa già si realizza, in molti casi anche secondo modelli di *best practices*⁹⁵, quella integrazione fra assistenza sanitaria e sociale richiesta dalla “missione salute” così come da quella “inclusione e coesione”.

L’approccio palliativo presenta poi altre caratteristiche essenziali per l’assistenza primaria sul territorio, come la capacità di lavorare in gruppo e di sapersi coordinare con altri specialisti⁹⁶ e, soprattutto, l’umanizzazione e la personalizzazione delle cure, modulate sui bisogni del paziente e del suo specifico contesto familiare e sociale⁹⁷. Sarebbe quindi opportuno trovare modalità che permettano ai MMG, ai PLS e a tutti i professionisti che si apprestano a realizzare la “missione salute” di avere una formazione che permetta loro di conoscere e approfondire da vicino le reti di cure palliative, svolgendo concretamente

Catalonia, in *BMJ Support Palliat Care*, 2013; C. ZIMMERMANN, N. SWAMI, M. KRYZANOWSKA et al., *Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial*, in *Lancet*, 2014, pp. 1721-1730.

⁹⁰ Cfr. ad es. T.E. QUILL, A.P. ABERNETHY, *Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model*, in *The New England Journal of Medicine*, 368, 2013, 13; AIOM, *Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care)*, in *Tumori Journal*, 103, 2017, 1, pp. 9-14.

⁹¹ Per la prima volta con il d.P.C.m. 29 novembre 2001, “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”; da ultimo con il d.P.C.m. 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

⁹² Indicativo, al riguardo, il seminario organizzato dal Ministero della salute, *La casa come primo luogo di cura del cittadino. L’accreditamento delle cure domiciliari e delle Reti di cure palliative*, 14 dicembre 2021, Auditorium Piccinno, Roma.

⁹³ WHO Definition of Palliative Care (www.who.int/cancer/palliative/definition/en). Inoltre, WHO, 20 December 2013, *Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated treatment Throughout the Life Course*, Report by the Secretariat. Cfr. ancora il *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life* della *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA), 2014, 7.

⁹⁴ M. RANKIN (a cura di), *Cicely Saunders: The Founder of the Modern Hospice Movement*, 3a ed., London, 2007.

⁹⁵ L’Italia al riguardo si situa fra i migliori Paesi per la qualità delle cure offerte. Cfr. D. Clark e altri, *Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017*, in *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 59, No. 4, April 2020.

⁹⁶ Su cui cfr. O. THORSEN, M. HARTVEIT, A. BAERHEIM, *General practitioners’ reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process?*, in *Scand J Prim Health Care*, 2012, n. 30, pp. 241-246.

⁹⁷ A. CARACENI, M. MALTONI, *Medicina palliativa*, in AA.VV., *Libro italiano di medicina e cure palliative*, Milano, Poletto, 2019; A. TURRIZIANI, G. ZANINETTA, *Il mondo delle cure palliative. Manuale per giovani medici*, Bologna, Esculapio, 2018.

alcune ore di lavoro e/o di tirocinio in *hospice* e soprattutto in ambito domiciliare⁹⁸. Ciò potrebbe contribuire ad evitare le conseguenze che spesso derivano dalla mancanza di formazione dei medici che si relazionano con pazienti *over 65* con pluripatologie e/o non autosufficienza assistiti a domicilio, e che consistono in forme di accanimento diagnostico e terapeutico, in continui ricoveri ospedalieri, in un impatto negativo sulla qualità della vita dei pazienti e sulla spesa sanitaria.

Tale tipo di formazione sarebbe poi utile a realizzare non solo la “missione salute”, ma anche l’obiettivo, ancora inattuato, di cui all’art. 4 della stessa l. n. 38/2010, che prevede di diffondere «nell’opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative, anche delle cure palliative pediatriche, e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all’utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari». Non sono pochi, infatti, gli stessi MMG che non conoscono le cure palliative e la terapia del dolore e che ancora sono restii a prescrivere i farmaci appropriati per quest’ultima.

Fra l’altro, sempre nell’ambito delle cure palliative, non mancano interessanti esperienze di telemedicina, che mostrano come tale strumento sia funzionale anche ad un altro obiettivo: quello della riduzione degli attuali divari geografici e territoriali⁹⁹. Secondo il PNRR, il potenziamento della telemedicina è un vero e proprio asse portante per il miglioramento degli standard di cura, per «aggregare le migliori piattaforme regionali, per garantire assi-

⁹⁸ Va segnalato, peraltro, che il D.M. 11 Agosto 2020 ha esteso alla Scuola di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie l’equipollenza all’esercizio delle Cure Palliative e Terapia del Dolore, dimostrando con ciò di considerare contigui i due ambiti. Al riguardo va detto, tuttavia, che la formazione richiesta dalla medicina palliativa e dalla terapia del dolore non può essere ridotta a poche ore di lezioni frontali e di tirocinio. Del resto, l’art. 8 della l. n. 38/2010 ha previsto l’istituzione di specifici Master universitari in linea con i migliori standard internazionali e sono ora attivi Master in Cure Palliative e Terapia del Dolore di I e II livello rivolti a medici, infermieri e psicologi; si è inoltre costituita la Conferenza Permanente dei Direttori di Master in Cure Palliative e in Terapia del Dolore, che ha pubblicato alcuni Quaderni di studio. Cfr., in tema di formazione, C. CENTENO *et al.*, *Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region*, in *J. Pain and Symptom Management*, 2015, pp. 861-870; D. BOLOGNESI *et al.*, *Specialization in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014. A Supplement of the EAPC Atlas on Palliative Care in Europe*, in *EAPC Press*, 2014.

⁹⁹ Cfr. ad es., nel campo delle cure palliative pediatriche, il progetto TELPASS, nell’ambito un accordo di collaborazione tra l’Asp di Potenza e l’Aorn Santobono-Pausilipon, per la creazione di una rete interregionale in grado di favorire lo scambio di conoscenze e modelli organizzativi, con il contributo del Cnr-IC. Grazie al progetto, attivato a gennaio 2019, è possibile configurare servizi specialistici da parte degli operatori dell’Aorn, per rispondere al bisogno assistenziale dei pazienti pediatrici Asp in cura principalmente presso l’Hospice Pediatrico di Lauria (F. CLEMENTE, *Le applicazioni di telemedicina: esperienze nazionali. Progetto Telpass, Monitor*, 2021, n. 45, p. 19).

stenza sanitaria remota, in aggiunta a quella domiciliare»¹⁰⁰. Si tratta quindi di uno strumento importante anche rispetto al grande tema delle disuguaglianze all'interno del SSN¹⁰¹. Centrale, anche e soprattutto in questo ambito, resta l'obiettivo dell'umanizzazione delle cure. Le *Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina*, elaborate dieci anni or sono¹⁰², nella consapevolezza dei vantaggi e dei rischi dello strumento, già specificavano che «la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza»¹⁰³. E, con riguardo alla formazione, che si auspicava «specificata di livello universitario», precisavano che «il personale medico, soprattutto quello con cui i pazienti hanno contatti per telefono oppure attraverso lo schermo, dovrà aver ricevuto anche una formazione psicologica, in modo da umanizzare la relazione a distanza e da rimediare alla mancanza di quella presenza fisica sulla quale si era sinora basato il dialogo tra medico e paziente»¹⁰⁴.

In definitiva, accanto all'indubbio beneficio consistente nel poter fornire prestazioni sanitarie anche a distanza nel domicilio del paziente, non può essere trascurato il rischio che il distanziamento sociale proprio della telemedicina possa produrre un senso di abbandono e di incertezza da parte del paziente, e una evanescenza del rapporto medico-paziente, con possibile messa in crisi dell'alleanza terapeutica. Speciale attenzione dovrà quindi essere rivolta all'effettiva acquisizione del consenso informato da parte del paziente che accede a un servizio di telemedicina. E, anche, al fatto che resti effettivamente nell'esclusi-

¹⁰⁰ PNRR, p. 19-33. A questo obiettivo sono destinate risorse da parte di entrambe le componenti della Missione salute: nella M6C1 (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) alla telemedicina risulta destinato 1 miliardo, destinato a potenziare i servizi domiciliari e a supportare al meglio i pazienti con malattie croniche; nella M6C2 (Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario) è destinato 0.74 miliardi. Cruciale, in questo ambito, è il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, definito "pietra angolare" per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali (PNRR, p. 17). Sul tema N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi*, 17 novembre 2021.

¹⁰¹ G. VICARELLI, M. BRONZINI, (a cura di), *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, Bologna, Il Mulino, 2019, p. 87.

¹⁰² Telemedicina, Linee di indirizzo nazionali, Ministero della Salute, 2012. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2129. La telemedicina viene definita dalle Linee di indirizzo come «una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località» (p. 10).

¹⁰³ Telemedicina, *Linee di indirizzo*, cit., p. 23.

¹⁰⁴ Ivi, p. 23. Allo stesso modo le "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", frutto dell'accordo raggiunto di sede di Conferenza Stato-regioni il 17 dicembre 2020, richiamano gli indirizzi applicativi allegati all'art. 78 del Codice di deontologia medica, sulle Tecnologie informatiche, ai sensi del quale «il medico non può sostituire la visita medica che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica».

va competenza e responsabilità del medico la valutazione concernente le prestazioni che possono svolgersi o meno in telemedicina, in relazione al caso specifico¹⁰⁵.

7. L'inerzia e i rimedi

Fin qui si sono approfonditi alcuni aspetti concernenti i contenuti della “missione salute”. Sembra ora opportuno dirigere l'attenzione verso gli strumenti con cui implementare le riforme previste, sulla scorta dell'esperienza pregressa e dei ritardi accumulati, specie nell'ambito sanitario.

In aggiunta a quanto ricordato in precedenza, circa la mancata implementazione della riforma dell'assistenza primaria lungo i decenni, e limitandosi ad alcuni aspetti, come ai c.d. decreti Covid¹⁰⁶, va ricordato che l'Italia ha stanziato risorse per oltre 8 miliardi, di cui più di 3,5 miliardi affidati alla diretta gestione delle regioni¹⁰⁷. Emerge, tuttavia, che dei 1268 milioni attribuiti alle regioni per il potenziamento dell'assistenza territoriale, oltre il 66% sia stato accantonato¹⁰⁸, cosicché «sembra che l'utilizzo di buona parte delle risorse sia ancora in sospeso e che le misure che erano state previste per rafforzare l'assistenza territoriale potranno con ogni probabilità meglio definirsi anche alla luce degli interventi nel Recovery Plan»¹⁰⁹. Ancora, per ciò che concerne il recupero dei ritardi accumulati nell'attività ospedaliera e ambulatoriale nei mesi più critici della crisi sanitaria, le misure finanziarie a ciò indirizzate¹¹⁰ sono state utilizzate dalle regioni «con variabilità interregionali molto forti, che sembrano trovare nei limiti già esistenti prima della crisi le ragioni più vere e su cui la fase che si apre dovrà certamente incidere»¹¹¹.

Anche per quanto riguarda lo stanziamento disposto dal decreto-legge n. 34/2020¹¹² (vincolato alla validazione dei piani di riorganizzazione della rete ospedaliera presentati dalle regioni, utilizzabile per interventi su costruzione nuova o già esistente e per l'acquisizione di attrezzature elettromedicali¹¹³ e gestito dal primo Commissario straordinario per l'emergenza

¹⁰⁵ Cfr. Documento di indirizzo dell'Ordine dei medici di Modena, *Telemedicina: tra innovazione tecnologica e responsabilità professionale*, 30/7/2020 e lo stesso accordo sulle “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina” raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17/12/2020.

¹⁰⁶ Decreto-legge n. 14/2020, n. 18/2020, n. 34/2020, n. 104/2020.

¹⁰⁷ Corte dei conti, *Rapporto*, cit., p. 245.

¹⁰⁸ Corte dei conti, *Rapporto* cit., p. 293. In particolare, «fatta eccezione per le regioni centrali che sembrano aver accantonato solo il 40 per cento delle somme (...), in media delle regioni del Nord e del Sud Italia la quota rinviata supera il 70 per cento.

¹⁰⁹ *Ivi*, p. 246.

¹¹⁰ Cfr. in particolare il d.l. n. 104/2020.

¹¹¹ Corte dei conti, *Rapporto* cit., p. 297.

¹¹² 1.413,1 milioni destinati ad interventi in conto capitale.

¹¹³ L'obiettivo è aumentare la dotazione strutturale sul territorio nazionale di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva, portando tutte le regioni ad una dotazione di 0,14 posti letto per mille abitanti.

Covid), la relativa attuazione, a fine aprile 2021, secondo il monitoraggio condotto dal Ministero della salute, risulta ancora parziale e molto disuguale da parte delle varie regioni¹¹⁴. Questi rapidi cenni intendono mostrare come i ritardi e le omissioni non dipendano dall'assenza di finanziamenti e neppure dal mancato accordo fra lo Stato e le regioni in ordine alle azioni e alla destinazione dei fondi. Si è, piuttosto, dinanzi ad inerzie che trovano la loro causa in svariati motivi. Fra questi, fondamentalmente, la cattiva amministrazione, l'assenza di controllo da parte del livello centrale di governo, la carenza di personale amministrativo competente e la scarsità – anche dovuta a cattiva distribuzione sul territorio – dello stesso personale medico e infermieristico¹¹⁵, senza il quale l'assistenza sanitaria non può essere assicurata come dovrebbe¹¹⁶.

Quest'ultimo è un aspetto tanto elementare quanto essenziale, che non è sfuggito allo studio realizzato dalla Banca d'Italia intitolato *La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle Regioni in Piano di Rientro*¹¹⁷. Vi si osserva che nelle regioni in piano di rientro la riduzione del personale tecnico e infermieristico ha avuto ripercussioni «sia sulla possibilità di erogare servizi qualitativamente e quantitativamente adeguati sia soprattutto sul processo di riorganizzazione della rete sanitaria verso un modello territoriale, caratterizzato da un più intenso utilizzo di queste figure professionali». Le “colpe”, pertanto, sono addebitabili sia alle regioni, sia allo Stato¹¹⁸.

In questo quadro alcuni additano come rimedio la centralizzazione del sistema sanitario¹¹⁹ e riforme costituzionali volte ad introdurre meccanismi di preminenza statale¹²⁰. Altri, al contrario, ritengono più appropriato utilizzare in modo consapevole gli strumenti che la Costituzione già fornisce allo Stato centrale per il coordinamento tra i livelli di governo. Si è ricordato, in particolare, che il Parlamento dispone della competenza legislativa esclusiva ex art. 117, co. 2, lett. m), Cost., sui livelli essenziali delle prestazioni che debbono

¹¹⁴ Dati della Corte dei conti, *Rapporto*, cit., p. 310.

¹¹⁵ Cfr. sul punto N. DRAOLI, *Assistenza sanitaria domiciliare e professione infermieristica*, in A.M. SANDULLI, *L'assistenza domiciliare integrata*, cit., p. 103.

¹¹⁶ Secondo l'indagine CREA, *Osservatorio sui tempi di attesa*, cit., 41, a fronte di una media di 11,8 unità di personale del SSN per 1.000 residenti (comprese quelle relative alle strutture private equiparate alle pubbliche) a livello nazionale, si va da 8,6 della Campania a 16,6 della Valle d'Aosta.

¹¹⁷ “Questioni di Economia e Finanza n. 427”, a cura di L. AIMONE GIGIO et al., del marzo 2018, p. 40.

¹¹⁸ Si considerino, ad es., le disposizioni sul contenimento della spesa del personale sanitario (blocco del turnover) nelle leggi finanziarie del 2007 (legge 27 dicembre 2006, n. 296) e del 2010 (legge 23 dicembre 2009, n. 191). Sulla carenza di personale impiegato nelle attività di cura, cfr. anche A. PIOGGIA, *Conclusioni*, in A.M. SANDULLI, *L'assistenza domiciliare integrata*, cit., 108.

¹¹⁹ Di questo avviso G. ZAGREBELSKY, *La democrazia dell'emergenza*, in “La Repubblica” del 18 novembre 2020.

¹²⁰ Il riferimento è, in particolare, alla proposta di legge costituzionale Ceccanti ed altri: “Introduzione dell'articolo 116-bis e modifica all'articolo 117 della Costituzione, in materia di conferenze per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le autonomie locali e di clausola di supremazia statale” (A.C. 2422). La proposta ha incontrato critiche e perplessità, in quanto ritenuta un rimedio non appropriato al problema, come posto in luce dai relatori del webinar organizzato il 10 giugno 2021 da ISSIRFA-CNR, *Emergenza sanitaria e ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni: analisi e prospettive* (interventi di L. CALIFANO, E. CATELANI, A. D'ATENA, T.E. FROSINI, S. MANGIAMELLI, C. PINELLI, A. POGGI, G.M. SALERNO, L. VIOLINI). Registrazione disponibile su <https://www.youtube.com/watch?v=0pdjeatv3lE>.

essere garantiti su tutto il territorio nazionale, nonché quella concorrente sul coordinamento della finanza pubblica¹²¹; che, inoltre, l'art. 120 Cost. consente al Governo il potere sostitutivo nei confronti delle regioni, proprio a tutela dei livelli essenziali¹²². Né vanno dimenticati gli strumenti predisposti dallo stesso legislatore per regolare i rapporti fra centro e periferia, come gli artt. 112 e segg. del d.lgs. n. 112/1998. Cruciali sono poi le norme sui c.d. "piani di rientro"¹²³, che attribuiscono al Governo – e in particolare al Ministero della salute – poteri incisivi nei confronti delle gestioni regionali inefficienti¹²⁴.

La centralizzazione delle competenze, inoltre, non è detto che implichi automaticamente una maggiore efficienza del sistema, posto che è proprio a livello statale che può osservarsi una carenza di impulso, di iniziativa, di monitoraggio, di controllo; in una parola di esercizio di responsabilità politica¹²⁵. Fra l'altro potrebbe essere inopportuno, in un momento di grave crisi internazionale per la guerra in Ucraina e in cui è altresì necessario implementare tempestivamente il PNRR (e forse modificarlo in alcuni aspetti, a motivo della crisi energetica), distogliere tempo ed energie per l'elaborazione di nuove regole costituzionali sui rapporti fra Stato e regioni¹²⁶. Le riforme proposte rischierebbero oltretutto di essere percepite come rivendicative, non favorendo, così, lo spirito di leale collaborazione, richiamato anche in questo ambito dalla Corte costituzionale¹²⁷ ma messo a dura prova dall'emergenza pandemica, come mostra, in particolare, la vicenda alla base della sentenza n. 37/2021¹²⁸.

¹²¹ Così A. D'ATENA, nelle Conclusioni al webinar ISSIRFA-CNR, *Emergenza sanitaria e ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni: analisi e prospettive*, cit. Sul ruolo del Parlamento nella selezione degli interessi nazionali in relazione al tema dell'autonomia regionale e del potere sostitutivo, prima della riforma del titolo V, cfr. R. TOSI, "Principi fondamentali" e leggi statali nelle materie di competenza regionale, Padova, Cedam, 1987, p. 190 ss.

¹²² Così A. POGGI, *Tornare alla normalità dei rapporti Stato-Regioni. Errori da evitare e lezioni da meditare*, in *Federalismi*, Editoriale del 9 settembre 2020.

¹²³ Cfr. l. 311/2004 (legge finanziaria 2005), l. n. 296/2006 (legge finanziaria 2007).

¹²⁴ Cfr. 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, p. 340 e pp. 346-349, dove l'Autore rimarca l'importanza di utilizzare, da parte del livello centrale di governo, gli strumenti di coordinamento, impulso, sostituzione (speciale importanza potrebbe ricoprire il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA presso il Ministero della salute). Cfr. inoltre l'intervento del medesimo Autore al webinar organizzato da AGENAS, *La riforma del titolo V. Effetti sulla sanità*, 26 marzo 2021.

¹²⁵ Sul punto cfr. in particolare l'intervento di C. PINELLI al webinar ISSIRFA-CNR, *Emergenza sanitaria e ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni: analisi e prospettive*, cit. e, soprattutto, ID. *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario* in *Corti supreme e salute* 2018, n. 3, p. 4, dove l'A. stigmatizza «la rinuncia a deliberare del legislatore nazionale».

¹²⁶ Cfr. sul punto E. CATELANI, *Coesione sociale e politiche per la salute alla luce dell'attuazione nazionale del Recovery Fund*, in *Passaggi costituzionali*, 12 febbraio 2022, p. 214 ss. che considera non funzionale né produttiva di effetti positivi il trasferimento allo Stato delle competenze in materia di salute e di organizzazione sanitaria, sebbene auspichi maggiori controlli statali, linee guida più rigide, coordinamento nazionale.

¹²⁷ Cfr. ad es. Corte cost., sentt. n. 197/2019 e n. 62/2020, su cui A. MORRONE, *La "visione trascendente" dei Lea e la realtà del Ssn. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 9 ss.; C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum Quad. cost.*, 2020, n. 2, 9 giugno 2020.

¹²⁸ Fra i tanti commenti cfr. B. CARAVITA, *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali*, in *Federalismi.it*, 21 aprile 2021; G. BOGGERO, *In pandemia nessuna concorrenza di compe-*

Altra cosa è, invece, auspicare che lo Stato eserciti le sue competenze legislative e amministrative; che il Governo assuma il suo ruolo di guida nazionale, in conseguenza della responsabilità politica di cui è investito, e che utilizzi, ove necessario, il potere sostitutivo¹²⁹. Allo stesso modo è fondamentale ottenere l'effettiva velocizzazione dei procedimenti, nonché la loro conclusione in tempi certi, tenuto conto della storica lentezza e di quella che è stata definita la «disperata situazione» che caratterizza i procedimenti amministrativi italiani¹³⁰. Nella consapevolezza di ciò sembrano muoversi alcune recenti misure. Il riferimento è alle modifiche apportate alla l. n. 241/1990 dai decreti-legge n. 76 e n. 77 del 2020, concernenti, non a caso, la rapidità nella conclusione dei procedimenti e l'implementazione della digitalizzazione e delle autocertificazioni e i poteri sostitutivi¹³¹. In particolare il d.l. n. 77/2021, convertito nella l. 29 luglio 2021, n. 108, ha disegnato una *nuova metodologia di governo*, sia con riguardo ai rapporti fra i diversi livelli di governo, sia con riguardo all'attività amministrativa, intervenendo a sua volta sulla legge 241/1990 in tema di potere sostitutivo, silenzio assenso e annullamento d'ufficio e puntando, ancora una volta, alla semplificazione¹³².

8. Il ritorno dell'interesse nazionale, l'unità dell'indirizzo politico e amministrativo e l'autonomia

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

tenze. *La Corte costituzionale promuove un ritorno al “regionalismo della separazione”*, in *Forum di Quad. cost.*, 2021, n. 3, p. 102; A. POGGI, G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost., sentenza n. 37/2021)*, in *Osservatorio AIC*, 2021, n. 4.

¹²⁹ Così ancora A. D'ATENA, nelle Conclusioni al webinar ISSIRFA-CNR, *Emergenza*, cit., che sottolinea come la soluzione all'inefficienza è il buon governo e non la fuga verso l'astrazione rappresentata dalle proposte di riforme costituzionali.

¹³⁰ Cfr. ad es., già M.S. GIANNINI, *La priorità dei problemi di organizzazione*, in AA. VV., *Il motore immobile. Crisi e riforma della pubblica amministrazione*, Roma, 1980, p. 49, per il quale «una legge generale sul procedimento amministrativo sarebbe utilissima, ma la situazione di fronte alla quale ci troviamo non è disperata per il fatto che essa manchi; è disperata bensì perché l'amministrazione non vien riformata nelle strutture. Ciò significa veramente inoperatività, spesa irragionevole di denaro pubblico, duplicazione di competenze, omissione di provvidenze in materie che pure interessano tutta la collettività».

¹³¹ I menzionati D.L. e le relative leggi di conversione hanno infatti modificato l'art. 2 della legge sul procedimento amministrativo, introducendo i commi 4 bis, 8 bis. È stato altresì modificato l'art. 3 bis, l'art. 5, l'art. 8, l'art. 10 bis, l'art. 16, l'art. 17 bis, l'art. 18, l'art. 21 *octies* e *decies*, art. 29.

¹³² Le novità all'art. 2 sono nei commi 9 bis e 9 ter, all'art. 20 (aggiunto il comma 2 *bis*), all'art. 21 *nonies*.

del 12 febbraio 2021»¹³³, 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»¹³⁴.

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»¹³⁵.

Spicca, naturalmente, il riferimento all'«interesse nazionale», una nozione cancellata, com'è noto, dal testo costituzionale con la riforma del titolo V, definita «priva di valore deontico» dalla Corte costituzionale¹³⁶, non più invocabile¹³⁷, e compensata dal meccanismo dell'attribuzione in sussidiarietà¹³⁸ per salvaguardare le «esigenze di carattere unitario»¹³⁹.

¹³³ Nonché dal Piano nazionale per gli investimenti complementari di cui al decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, dal Piano Nazionale Integrato per l'Energia e il Clima 2030 di cui al Regolamento (UE) 2018/1999 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'11 dicembre 2018.

¹³⁴ Sul PNRR, le relative procedure e contenuti e sulle ricadute sulla forma di governo, A. SCIORTINO, *PNRR e riflessi sulla forma di governo italiana. Un ritorno all'indirizzo politico «normativo»?», in *Federalismi*, 2021, n. 18, 28 luglio 2021.*

¹³⁵ Sulla governance del PNRR nella prospettiva regionale M. TRAPANI, *Il sistema delle conferenze e il regionalismo dimezzato: il difficile rapporto tra PNRR e regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 4, 26 ottobre 2021, p. 180.

¹³⁶ Cfr. Corte cost., sent. n. 380/2002, n. 303 e 370/2003 e n. 285/2005, per cui la sola allegazione dell'interesse nazionale non è più sufficiente a giustificare l'esercizio da parte dello Stato di una funzione di cui non sia titolare in base all'art. 117 Cost.: «Nel nuovo Titolo V l'equazione elementare interesse nazionale = competenza statale, che nella prassi legislativa previgente sorreggeva l'erosione delle funzioni amministrative e delle parallele funzioni legislative delle Regioni, è divenuta priva di ogni valore deontico, giacché l'interesse nazionale non costituisce più un limite, né di legittimità, né di merito, alla competenza legislativa regionale» (punto 2.2. sent. n. 303/2003).

¹³⁷ Non più invocabile, più precisamente, per adottare norme legislative o atti di indirizzo e coordinamento che incidono sulle competenze legislative ed amministrative delle Regioni, come sostenuto da G. FALCON, *Modello e "transizione" nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Reg.*, 2001, n. 6, pp. 1247 ss.; P. CAVALIERI, *Diritto regionale*, Padova, 2003, p. 141; A. ANZON, *Un passo indietro verso il regionalismo duale*, in *Forum Quad. cost.*, 2001; M. LUCIANI, *Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in sito AIC, 2002; C. PINELLI, *I limiti alla potestà legislativa statale e regionale e i rapporti con l'ordinamento nazionale e con l'ordinamento comunitario*, in *Foro It.*, 2001, V, p. 199.

¹³⁸ Cfr. A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*, in *Forumcostituzionale*, 8 ottobre 2003; A. RUGGERI, *Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare...) in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronunzia. Nota a Corte cost. n. 303 del 2003*, ivi, 29 ottobre 2003; P. CARETTI, *La Corte e la tutela delle esigenze unitarie: dall'interesse nazionale al principio di sussidiarietà*, in *Le Regioni*, 2004, nn. 2-3, pp. 381 ss.; C. PADULA, *Principio di sussidiarietà verticale ed interesse nazionale: distinzione teorica, sovrapposizione pratica*, in *Federalismi*, 2006, p. 14; A. ANZON, *Istanze di unità e istanze autonomistiche nel "secondo regionalismo": le sentenze nn. 303 del 2003 e 14 del 2004 della Corte costituzionale e il loro seguito*, in *Reg.*, 2008, nn. 4-5, pp. 786 ss.; G. FALCON, *Riflessioni sulle sentenze della Corte costituzionale 303 del 2003 e 14 del 2004, ricordando Carlo Mezzanotte*, ivi, p. 771.

¹³⁹ Le medesime istanze unitarie, peraltro, sono sottese anche alla prassi di ricorrere massicciamente agli strumenti propri della legge sulla protezione civile, che consentono al governo di riportare al livello di governo statale, tramite la gestione commissariale e l'annesso potere di ordinanza anche in deroga alla legge, ogni ambito amministrativo, allorché si

Anche allora, peraltro, ossia con riguardo alla vicenda che condusse alla sent. n. 303/2003, veniva in rilievo l'esigenza di realizzare opere strategiche di preminente interesse nazionale con il contributo finanziario europeo (l. n. 443/2001). Ma è interessante notare, fra le tante, una diversità significativa. Il legislatore odierno, infatti, afferma di intervenire per disciplinare la governance del PNRR non già in ragione di una competenza concorrente, che può eventualmente richiedere un'attrazione in sussidiarietà, ma in ragione di una competenza legislativa esclusiva dello Stato esercitata in base ad un doppio titolo: i rapporti dello Stato con l'Unione europea¹⁴⁰ e la lett. m) dell'art. 117, comma 2 (i livelli essenziali). Quanto sostenuto dal legislatore è difficilmente contestabile. La realizzazione del PNRR si configura, ai sensi del menzionato Regolamento europeo, come la *condicio sine qua non* per l'erogazione dei finanziamenti, dei quali l'Italia beneficerà in misura maggiore degli altri Stati, a causa dell'impatto maggiore della pandemia sul nostro PIL¹⁴¹. Il PNRR rappresenta un atto generale di programmazione che incide non solo sui rapporti fra lo Stato e l'Unione europea, ma anche sull'unità, sulla tenuta e sullo sviluppo socioeconomico della Nazione. Non a caso molti hanno accostato il PNRR al piano Marshall, a motivo non solo dell'entità del finanziamento, ma anche della vastità del programma e degli obiettivi di sviluppo sottesi¹⁴². Allora come oggi, alle conseguenze dell'evento catastrofico (la Seconda guerra mondiale in un caso, la pandemia, nell'altro) si sommano le precedenti fragilità strutturali, mentre la realizzazione del Piano è non solo condizione del finanziamento, ma anche occasione per uno sviluppo che si auspicava già in precedenza¹⁴³. È innegabile, pertanto, che l'attuazione del PNRR sia di interesse europeo e, insieme, di interesse na-

deliberi uno «stato di emergenza di rilievo nazionale». Sulla funzione di «supplenza» svolta dalla legge sulla protezione civile e dagli strumenti e dai poteri che consente di attivare, G. RAZZANO, *L'amministrazione dell'emergenza. Profili costituzionali*, Bari, Cacucci, 2010, pp. 53 ss. e 253 ss.

¹⁴⁰ Il menzionato Regolamento europeo, in premessa, richiede «una reazione urgente e coordinata sia a livello di Unione che a livello nazionale, per far fronte alle enormi conseguenze economiche e sociali nonché agli effetti asimmetrici per gli Stati membri» causati dalla pandemia e, soprattutto, prevede l'erogazione dei finanziamenti a condizione che gli Stati membri abbiano «raggiunto i traguardi e gli obiettivi concordati e indicati nel piano per la ripresa e la resilienza» (art. 24).

¹⁴¹ Sull'aspettativa delle istituzioni UE e degli altri Stati membri nei confronti dell'Italia, quanto ai risultati in relazione ai finanziamenti messi in campo, cfr. le considerazioni di E. MOAVERO MILANESI, *Spunti con riguardo al dibattito per riformare le regole dell'unione economica e monetaria europea*, in *Federalismi*, 11/2022, p. X.

¹⁴² Cfr. ad es. J.B. GOSSÉ, A. SCHNEIDER, R. VICQUÉRY, *Lessons from the Marshall Plan for the European Recovery Plan*, in *Banque de France*, 29 ottobre 2021; E. BERNARDI, *Ripresa economica: tutte le analogie tra Piano Marshall e Next Generation EU*, in *Progresso Europa riforme*, 9 luglio 2021; L. D'AMBROSIO, *Recovery e Piano Marshall: differenze e somiglianze*, in *Diritto & Conti*, 15 gennaio 2021; M. BUTI, M. MESSORI, *NextGenerationEU: Una guida ragionata*, Luiss, School of European Political Economy, 2020.

¹⁴³ Di grande interesse, con riguardo al finanziamento americano, al coordinamento europeo e alla strategia economica italiana nel contesto del Dopoguerra è il volume *Lo sviluppo dell'economia italiana nel quadro della ricostruzione e della cooperazione europea*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1952, a cura della Segreteria Generale del Comitato Interministeriale per la Ricostruzione (CIR), con prefazione di A. De Gasperi, spec. p. 48 ss., dove vengono ricostruite le origini e i dettagli dell'European Recovery Program.

zionale, e che rilevino, pertanto, i principi di unità e indivisibilità della Repubblica di cui all'art 5 Cost.¹⁴⁴.

Al contempo l'art. 9 del d.l. n. 77/2021 afferma che, alla realizzazione operativa degli interventi previsti dal PNRR, «provvedono le Amministrazioni centrali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali, sulla base delle specifiche competenze istituzionali, ovvero della diversa titolarità degli interventi definita nel PNRR, attraverso le proprie strutture, ovvero avvalendosi di soggetti attuatori esterni individuati nel PNRR».

L'assetto complessivamente disegnato dal legislatore con il d.l. n. 77/2021 appare coerente con l'art. 5 Cost., con l'art. 118 Cost. e con i principi ivi richiamati, incluso quello di sussidiarietà, con cui sono coerenti sia le disposizioni dettate a supporto dei vari livelli di governo¹⁴⁵, sia l'istituzione del tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale di cui all'art. 3, «composto da rappresentanti delle parti sociali, del Governo, delle Regioni, delle Province autonome di Trento e di Bolzano, degli Enti locali e dei rispettivi organismi associativi, delle categorie produttive e sociali, del sistema dell'università e delle ricerca e della società civile *nonché delle organizzazioni della cittadinanza attiva*»¹⁴⁶.

Di questa governance per il PNRR si è nondimeno criticata la «forte governance centralistica»¹⁴⁷. In realtà l'assetto complessivo può leggersi, piuttosto, come un modo per

¹⁴⁴ A. BARBERA, *Scompare l'interesse nazionale?*, in Forum di Quad. cost., 9 aprile 2001; R. TOSI, *A proposito dell'interesse nazionale*, in Quad. cost., 1/2002, p. 86. Cfr. inoltre P. VERONESI, *I principi in materia di raccordo Stato-Regioni dopo la riforma del Titolo V*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1012 ss.; L. CUOCOLO, *Gli interessi nazionali tra declino della funzione di indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo del Governo*, in *Quad. Reg.*, 2002, n. 2, p. 432 ss.; S. BARTOLE, R. BIN, G. FALCON, R. TOSI, *Diritto regionale*, Bologna, Il Mulino, 2005, pp. 207 ss.

¹⁴⁵ Non è privo di rilievo, a questo riguardo, l'art. 9, comma 2, del d.l. n. 77/2021, conv. nella l. n. 108/2021, per il quale, al fine di assicurare l'efficace e tempestiva attuazione degli interventi del PNRR, tutte le amministrazioni, sia statali, sia regionali, sia degli enti locali, «possono avvalersi del supporto tecnico-operativo assicurato per il PNRR da società a prevalente partecipazione pubblica, rispettivamente, statale, regionale e locale, dagli enti del sistema camerale e da enti vigilati». Cfr. pure il successivo art. 10, per cui tutte le amministrazioni possono avvalersi del supporto tecnico-operativo di società in house, che «copre anche le fasi di definizione, attuazione, monitoraggio e valutazione degli interventi e comprende azioni di rafforzamento della capacità amministrativa, anche attraverso la messa a disposizione di esperti particolarmente qualificati».

¹⁴⁶ Corsivo di chi scrive. Il riferimento alle organizzazioni della cittadinanza attiva è stato inserito in sede di conversione. Al riguardo viene in rilievo la già menzionata sent. n. 131/2020 della Corte costituzionale, che ha posto in rilievo come il principio di sussidiarietà valorizzi l'originaria socialità dell'uomo, superando «l'idea per cui solo l'azione del sistema pubblico è intrinsecamente idonea allo svolgimento di attività di interesse generale», mentre «tali attività ben possono, invece, essere perseguite anche da una "autonoma iniziativa dei cittadini" che, in linea di continuità con quelle espressioni della società solidale, risulta ancora oggi fortemente radicata nel tessuto comunitario del nostro Paese. Si è identificato così un ambito di organizzazione delle "libertà sociali" (sentenze n. 185 del 2018 e n. 300 del 2003) non riconducibile né allo Stato, né al mercato, ma a quelle "forme di solidarietà" che, in quanto espressive di una relazione di reciprocità, devono essere ricomprese "tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico, riconosciuti, insieme ai diritti inviolabili dell'uomo, come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dal Costituente"».

¹⁴⁷ Così, ad es., ANCI, *Prima nota sul decreto-legge 31 maggio 2021 n. 77*, p. 2. Anche in dottrina si è lamentata l'evidente convergenza verso il centro del potere decisionale concernente la definizione e la realizzazione del PNRR, nonché una «progressiva personalizzazione della decisione» (COSÌ M.C. CAVALLARO, *Divario territoriale, coesione sociale e tutela dei diritti: il ruolo delle regioni in tempo di crisi*, in *Persona e amministrazione*, 2021, n. 9, 1° gennaio 2022, pp. 83-84).

“prendere sul serio” non solo l’art. 5 Cost., nel suo significato d’insieme¹⁴⁸, ma anche l’art. 95 Cost., secondo cui il Presidente del Consiglio «dirige la politica generale del Governo e ne è responsabile¹⁴⁹. Mantiene l’unità di indirizzo politico e amministrativo, promuovendo e coordinando l’attività dei ministri»¹⁵⁰. È, infatti, compito del Presidente del Consiglio «coordinare l’azione di governo con quella delle autonomie, promuovere interventi che siano frutto di una leale collaborazione, far sì che il principio della c.d. sussidiarietà verticale possa operare nel rispetto degli interessi di entrambi i soggetti interessati», anche ai sensi della l. n. 400/1988 e del d.lgs n. 303/1999¹⁵¹.

Non solo. Poiché la realizzazione del PNRR è sia condizione per il finanziamento sia, comunque, oggetto di un impegno assunto dall’Italia dinanzi all’Unione europea, viene in rilievo la responsabilità del governo e, in particolare, del Presidente del Consiglio, per assicurare «la coerenza e la tempestività dell’azione di Governo e della pubblica amministrazione nell’attuazione delle politiche comunitarie»¹⁵² e per attuare gli impegni assunti nell’ambito dell’UE¹⁵³.

In quest’ottica, ossia in funzione dell’unità di indirizzo politico e amministrativo – così come interpretato dalla l. n. 400/1988 e dal d.lgs. n. 303/1999 – nonché in funzione dell’at-

Critico nei confronti dei poteri sostitutivi M. TRAPANI, *Il sistema delle conferenze*, cit., p. 189, per il quale gli stessi artt. 120 e 117, comma quinto, rappresentano «il sintomo sia di un progressivo accentramento dei poteri».

¹⁴⁸ Per C. ESPOSITO, *Autonomie e decentramento nell’art. 5*, in *Saggi*, p. 73, il riconoscimento delle autonomie locali è da considerare il principio positivo, mentre l’unità e l’indivisibilità della Repubblica costituiscono un limite. Per M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Lezioni di diritto costituzionale*, Milano, Giuffrè, 1993, p. 111, sia il principio di autonomia che il principio di unità trovano specificazione e limiti nella Costituzione, ed entrambi sono suscettibili di forme di attuazione che possono cambiare coi tempi.

¹⁴⁹ Cfr. S. CASSESE, *L’accentramento non è esagerato piano straordinario tocca al Premier*, su *La Stampa*, 30 maggio 2021; F. FABBRINI, *La governance del PNRR e il governo dell’Italia*, su *Il Sole 24 ore*, 6 giugno 2021. presso la Presidenza del Consiglio che viene istituita una sede di generale indirizzo, impulso e coordinamento della fase attuativa del Piano, attraverso una “Cabina di regia” (art. 2), attraverso una “Segreteria tecnica” (art. 4) e attraverso una Unità per la razionalizzazione e il miglioramento dell’efficacia della regolazione (art. 5). Sempre presso la Presidenza del Consiglio operano i Comitati interministeriali per la transizione digitale e la transizione ecologica e l’Ufficio per il programma di governo.

¹⁵⁰ Cfr. anche l’art. 5, comma 2, lett. a) ed e) della l. n. 400/1988. Si esprime in senso favorevole ad una centralizzazione e a delle linee guida statali nell’implementazione del PNRR M.A. SANDULLI, *Sanità, misure abilitanti generali sulla semplificazione e giustizia nel PNRR*, in *Federalismi*, 28 luglio 2021, p. 11.

¹⁵¹ E. CATELANI, *Poteri e organizzazione del governo nel contesto degli ordinamenti pluralistici contemporanei*, Pisa, Tipografia Editrice Pisana, 2017, p. 107 e p. 251, in riferimento all’art. 5, comma 3, lett. b) della l. 400/1988, per cui «il Presidente del Consiglio promuove e coordina l’azione del Governo per quanto attiene ai rapporti con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sovrintende all’attività dei commissari del Governo» e, anche, all’art. 4, comma 2, del d.lgs n. 303/1999, per cui «il Presidente del Consiglio promuove le iniziative necessarie per l’ordinato svolgimento dei rapporti tra Stato, regioni e autonomie locali ed assicura l’esercizio coerente e coordinato dei poteri e dei rimedi previsti per i casi di inerzia e di inadempienza».

¹⁵² Art. 5, comma 3, della l. n. 400/1988.

¹⁵³ Ai sensi dell’art. 3 del d.lgs. n. 303/1999, «Compete al Presidente del Consiglio la responsabilità per l’attuazione degli impegni assunti nell’ambito dell’Unione europea». Una responsabilità specifica che connota la disciplina del 1999 rispetto a quella del 1988, come sottolineato da E. CATELANI, *Poteri e organizzazione del governo*, cit., p. 212, che osserva, altresì, come il Trattato di Lisbona abbia contribuito a rafforzare la posizione del Presidente del Consiglio e a orientare in tal senso l’interpretazione dell’art. 95 Cost. Sul tema cfr. inoltre G. RIVOCCHI, *I riflessi dell’Unione europea sul rapporto governo-Parlamento e sull’organizzazione interna del governo*, in (a cura di) N. LUPO, R. IBRIDO, *Dinamiche della forma di governo tra Unione europea e Stati membri*, Bologna, Il Mulino, 2019.

tuazione degli impegni assunti in ambito UE, trovano la propria *ratio* sia l'istituzione della «cabina di regia» di cui all'art. 2¹⁵⁴, sia la disciplina sui poteri sostitutivi.

9. I poteri sostitutivi previsti dal d.l. n. 77/2021

A quest'ultimo riguardo, sempre in ragione della potestà legislativa esclusiva affermata all'art. 1, il medesimo d.l. n. 77/2021, nel successivo titolo II, detta norme in tema di *Poteri sostitutivi, superamento del dissenso e procedure finanziarie*¹⁵⁵. In questa disposizione, occorre notare, non vi è alcun richiamo all'art. 120, comma 2, Cost., né all'art. 8 della l. n. 131 del 2003¹⁵⁶. La Corte costituzionale, del resto, ha ripetutamente affermato che il modello procedurale indicato non esaurisce le possibilità di esercizio di poteri sostitutivi¹⁵⁷ e lascia impregiudicata la possibilità che il legislatore, con normativa di settore, disciplini altri tipi di intervento sostitutivo¹⁵⁸. Al contempo, il legislatore statale è tenuto a rispettare i principi desumibili dall'art. 120 Cost., pur rimanendo libero di articularli in forme diverse¹⁵⁹.

In merito viene anche in rilievo l'art. 117, comma 5, per il quale, quando nelle materie di loro competenza le regioni e le province autonome provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, la legge dello Stato disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza. L'attua-

¹⁵⁴ Quanto alla composizione della stessa, allorché l'attuazione del PNRR esiga il coordinamento con l'esercizio delle competenze costituzionalmente attribuite alle regioni e agli enti locali e l'armonizzazione degli indirizzi della medesima cabina nonché dei Comitati (quello per la transizione ecologica e quello per la transizione digitale), è prevista la partecipazione del Ministro per gli affari regionali alle sedute dei medesimi, il quale promuove le conseguenti iniziative anche in sede di Conferenza permanente nonché di Conferenza unificata; quando poi si tratti di materie nelle quali le regioni e le province autonome vantano uno specifico interesse, ai predetti Comitati partecipa anche il Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome. Merita poi attenzione la modifica introdotta in sede di conversione all'art. 2, comma 3, del d.l. n. 77/2021, per il quale alle sedute della Cabina di regia partecipa anche «il Presidente dell'Associazione nazionale dei comuni italiani e il Presidente dell'Unione delle province d'Italia quando sono esaminate questioni di interesse locale».

¹⁵⁵ Artt. 12 ss.

¹⁵⁶ Sul potere sostitutivo all'indomani della riforma del titolo V Cost., P. CARETTI, *L'assetto dei rapporti fra competenza legislativa statale alla luce del nuovo titolo V della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1223; ID., *Funzione di indirizzo e coordinamento e potere sostitutivo*, in *Le Regioni*, 2002, pp. 1325 ss.; G. SALERNO, *La disciplina dei poteri sostitutivi fra semplificazione e complessità ordinamentale*, in *Federalismi*, 2002; A. D'ATENA, *Poteri sostitutivi e konkurrierende Gesetzgebung*, in AIC, 2003; E. GIANFRANCESCO, *Il potere sostitutivo*, in T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie*, Torino, Giappichelli, 2003, p. 235; C. MAINARDIS, *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Milano, Giuffrè, 2007, pp. 163 ss.

¹⁵⁷ Il potere sostitutivo di cui all'art. 120 Cost., che allude a emergenze costituzionali di particolare gravità, avrebbe poi, secondo la Corte cost., una natura «aggiuntiva», nel senso che si affianca ad altre ipotesi di poteri sostitutivi fra livelli di governo (cfr. sentenze n. 43/2004 e nn. 69 e 240/2004; nn. 300 e 416/2005, n. 254/2009, n. 22/2014, n. 171/2015).

¹⁵⁸ Corte cost., sent. n. 250 e n. 249 del 2009, n. 43/2004, n. 171/2015.

¹⁵⁹ Corte cost., sent. n. 44 del 2014, n. 209 del 2009 e n. 171/2015.

zione del PNRR si configura infatti come attuazione ed esecuzione di un atto dell'Unione europea¹⁶⁰.

Ad ogni modo, com'è noto, la Corte ha indicato che i poteri sostitutivi: a) devono essere previsti e disciplinati dalla legge, che ne deve definire i presupposti sostanziali e procedurali, in ossequio al principio di legalità; b) devono essere attivati solo in caso di accertata inerzia della regione o dell'ente locale sostituito; c) devono riguardare solo atti o attività privi di discrezionalità nell'*an*; d) devono essere affidati ad organi di Governo; e) devono rispettare il principio di leale collaborazione all'interno di un procedimento nel quale l'ente sostituito possa far valere le proprie ragioni; f) devono conformarsi al principio di sussidiarietà¹⁶¹.

Tali requisiti appaiono rispettati dalle norme in esame. Il presupposto per l'attivazione del potere sostitutivo è infatti il «mancato rispetto da parte delle regioni, delle province autonome di Trento e di Bolzano, delle città metropolitane, delle province e dei comuni degli obblighi e impegni finalizzati all'attuazione del PNRR e assunti in qualità di soggetti attuatori, consistenti anche nella mancata adozione di atti e provvedimenti necessari all'avvio dei progetti del Piano, ovvero nel ritardo, inerzia o difformità nell'esecuzione dei progetti (...) ove sia messo a rischio il conseguimento degli obiettivi intermedi e finali del PNRR»¹⁶². In tali casi, è prevista l'assegnazione al soggetto attuatore di un termine di massimo trenta giorni e, in caso di perdurante inerzia, sentito il soggetto attuatore, su proposta del Presidente del Consiglio, il Consiglio dei ministri individua l'amministrazione, l'ente, l'organo o l'ufficio, ovvero uno o più commissari *ad acta* ai quali attribuisce in via sostitutiva il potere di adottare gli atti o i provvedimenti ovvero di provvedere all'esecuzione dei progetti.

In realtà, data la posta in gioco, sarebbe stato imprudente tralasciare di adottare una disciplina generale dei poteri sostitutivi per l'attuazione del PNRR¹⁶³. D'altro canto, una disciplina generale evita che i poteri sostitutivi siano esercitati dal Governo caso per caso, magari attraverso strumenti ogni volta diversi¹⁶⁴. È innegabile, a contempo, che le norme

¹⁶⁰ Il potere sostitutivo *de quo* si basa quindi tanto sull'art. 120 Cost., quanto sull'art. 117, comma 5, Cost. Cfr. in proposito A. AMORE, *Lo stato interventista nello scenario del pnrr: un'organizzazione amministrativa socio-sanitaria di natura egualitaria*, in *Persona e Amministrazione*, 2021, n. 2, pp. 317 ss.

¹⁶¹ Sent. n. 227, n. 173, n. 172 e n. 43 del 2004, e n. 171/2015.

¹⁶² Art. 12.

¹⁶³ Il problema si pone allorché le Amministrazioni centrali utilizzano, per l'accesso ai finanziamenti PNRR, il sistema dei bandi, allorché vi sia l'inerzia delle regioni e degli enti locali nella stessa presentazione delle domande con i relativi progetti (come nel caso asili nido). Sulla questione cfr. M. CECCHETTI, *L'incidenza sui livelli di governo e le conseguenze nei sistemi amministrativi*, relazione al Seminario AIC, *PNRR e ordinamento costituzionale*, 20 maggio 2022, Università Roma Tre, in corso di pubbl.

¹⁶⁴ Sui poteri sostitutivi e sugli strumenti (atti amministrativi o legislativi) la dottrina ha discusso a lungo. Fra coloro che hanno ritenuto ammissibile solo una sostituzione amministrativa, come ad es. G. FALCON, *Il nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, n. 1, p. 12; R. TOSI, *La legge costituzionale n. 3 del 2001: note sparse in tema di potestà legislativa ed amministrativa*, ivi, p. 1241; F. PIZZETTI, *Le nuove esigenze di governance in un sistema policentrico esploso*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1153; C. MAINARDIS, *I poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in *Forum di Quaderni cost.*, 2001; A. ANZON, *I poteri delle Regioni dopo la riforma costitu-*

sul potere sostitutivo di cui al d.l. n. 77/2021 si riferiscano ad una categoria molto ampia di azioni ed omissioni, ove si consideri, fra l'altro, la tendenziale pervasività del Piano nazionale nei prossimi anni. Resta importante, quindi, che nei casi in cui occorrerà valutare la legittimità e la proporzionalità degli interventi sostitutivi del Governo, si presti attenzione alla circostanza che regioni ed enti locali abbiano effettivamente avuto la possibilità di avvalersi del supporto tecnico-operativo che lo stesso legislatore statale ha previsto¹⁶⁵. I ritardi, le inerzie, le difformità rispetto ai progetti non sono ovviamente aspetti riconducibili al principio autonomistico, quanto piuttosto atti, comportamenti e omissioni che contrastano con il principio di buon andamento dell'amministrazione e, per molti versi, con lo stesso principio di leale collaborazione¹⁶⁶. Con specifico riguardo alla tutela della salute e all'assistenza sociosanitaria, oltretutto, viene in rilievo la responsabilità dello Stato circa la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» e, in concreto, la responsabilità per l'intangibilità della qualità e della quantità dell'assistenza sanitaria funzionale

zionale, Torino, 2002, pp. 217 ss.; S. MANGIAMELI, *La riforma del regionalismo italiano*, Torino, 2002, p. 150 ss.; G. VERONESI, *Il regime dei poteri sostitutivi alla luce del nuovo art. 120, comma 2, Cost.*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2002, pp. 739-743; P. BILANCIA, *Emergenza di livello regionale: necessità ed urgenza di provvedere*, in AA.VV., *Studi per Giovanni Motzo*, Milano, 2003, p. 37; E. DE MARCO, *Tutela dei diritti e potere sostitutivo nel nuovo Titolo V della Costituzione*, ivi, p. 174; R. DICKMANN, *Osservazioni in tema di sussidiarietà e poteri sostitutivi dopo la legge cost. n. 3 del 2001 e la legislazione di attuazione*, in *Giur. cost.*, 2003, n. 1, p. 502; G. SCACCIA, *Il potere di sostituzione in via normativa nella legge n. 131 del 2003*, in *Le Regioni*, 2004, n. 4, pp. 883 ss.; M. BELLETTI, *Art. 120*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, pp. 1092 ss. Altri, invece, non hanno escluso del tutto l'ammissibilità di un potere sostitutivo in via legislativa, come ad es. C. PINELLI, *I limiti generali alla potestà legislativa statale e regionale e i rapporti con l'ordinamento internazionale e con l'ordinamento comunitario*, in *Foro it.*, 2001, V, pp. 189 ss.; P. CARETTI, *Rapporti fra Stato e Regioni*, cit., p. 1334; G. FONTANA, *Alla ricerca di uno statuto giuridico dei poteri sostitutivi ex art. 120, secondo comma, Cost.*, in F. MODUGNO, P. CARNEVALE (a cura di), *Nuovi rapporti Stato-Regione dopo la legge costituzionale n. 3 del 2001*, Milano, 2003, pp. 93 ss.; E. GIANFRANCESCO, *Il potere sostitutivo*, cit., p. 239; F. GIUFFRÈ, *Note minime su poteri sostitutivi e unità della Repubblica alla luce della recente legge 131 del 2003 (cd. legge "La Loggia")*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2003; A. PAPA, *Art. 8*, in V. ITALIA, (a cura di), *Il nuovo ordinamento della Repubblica. Commento alla l. 5 giugno 2003, n. 131 (La Loggia)*, Milano, 2003; R. BIN, *Sulle "leggi di reazione"*, in *Le Regioni*, 2004, n. 6, pp. 1374 ss.; G.M. SALERNO, *I poteri sostitutivi del governo nella legge n. 131 del 2003*, in B. CARAVITA (a cura di), *I processi di attuazione del federalismo in Italia*, Milano, 2004, pp. 348 ss. Sul principio di legalità in relazione al potere sostitutivo, L. PALADIN, *Le fonti del diritto italiano*, Bologna, 1996, p. 329; G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della Parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, pp. 1247 ss.; C. MAINARDIS, *Poteri sostitutivi statali*, cit., p. 152.

¹⁶⁵ Il riferimento è agli artt. 9 e 10 del d.l. n. 77/2021, conv. nella l. n. 108/2021.

¹⁶⁶ Senza alcuna pretesa di completezza, ci si limita qui a segnalare alcuni degli studi che più hanno rimarcato la funzionalità dell'amministrazione rispetto alla comunità: G. FALZONE, *Il dovere di buona amministrazione*, Milano, 1953; G. PASTORI, *La burocrazia*, Padova, 1967; M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Milano, 1966; N. SPERANZA, *Governo e pubblica amministrazione nel sistema costituzionale italiano*, Napoli, 1971; O. SEPE, *L'efficienza nell'azione amministrativa*, Milano, 1975; A. ANDREANI, *Il principio costituzionale di buon andamento della pubblica amministrazione*, Padova, 1979; G. GUARINO, *Quale amministrazione?*, Milano, 1985, 111; P. CALANDRA, *Il buon andamento dell'amministrazione pubblica*, in *Studi in memoria di V. Bachelet*, Milano 1987, I, p. 158; G. D'ALESSIO, *Il buon andamento dei pubblici uffici*, Ancona, 1993, p. 268; R. MARRAMA, *I principi regolatori della funzione di organizzazione pubblica*, in AA.VV. *Diritto amministrativo*, BOLOGNA 1998, I, pp. 397 ss.; F.G. SCOCA, voce *Attività amministrativa*, in *Enc. del Dir.* (VI agg.), Milano, 2002; R. FERRARA, *L'interesse pubblico al buon andamento delle pubbliche amministrazioni: tra forma e sostanza*, in *Dir e proc. amm.* 2010, pp. 31 ss.; M.R. SPASIANO, *Il principio di buon andamento*, in M. RENNA-F. SAITTA (a cura di), *Studi sui principi del diritto amministrativo*, Milano, 2012, p. 117.

alla garanzia del diritto fondamentale alla salute¹⁶⁷; una responsabilità correlata con la tutela dell'unità giuridica ed economica della Repubblica, come mostra lo stesso art. 120 Cost., che prevede l'esercizio del potere sostitutivo del Governo nei confronti delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni «quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali»¹⁶⁸. Fondamentale risulta pertanto il coordinamento fra i diversi livelli di governo, così come la programmazione condivisa delle linee di indirizzo, specie nell'ambito dei servizi sociali e sociosanitari, ove si consideri la questione delle ricadute finanziarie e quello dei relativi vincoli in rapporto ai livelli delle prestazioni e ai diritti garantiti dalla Costituzione. Tutte questioni che, ci si limita qui a ricordare, si intersecano con la realizzazione del federalismo fiscale, per un passaggio da un sistema di finanza derivata ad un sistema decentrato sul territorio¹⁶⁹.

Il potere sostitutivo, in particolare, lungi dall'essere necessariamente espressione di un modello ordinamentale centripeto, uniformante e gerarchizzante¹⁷⁰, può considerarsi esso stesso espressione del principio costituzionale di sussidiarietà, tutte le volte in cui gli enti territoriali siano stati effettivamente posti nelle condizioni di poter procedere in autonomia e, malgrado ciò, non abbiano conseguito l'obiettivo¹⁷¹.

A quest'ultimo riguardo, la stessa Corte costituzionale, in una recente pronuncia, con apprezzabile realismo, ha prestato attenzione agli aspetti che attengono alla qualificazione, alle competenze e anche alla concreta situazione ambientale del personale amministrativo chiamato a collaborare con il commissario *ad acta* nominato dallo Stato, allorché si tratti di gestire e superare situazioni gestionali complicate o «estreme»¹⁷². Allo stesso tempo la

¹⁶⁷ Cfr. Corte cost., n. 125 del 2015 e n. 217 del 2010, n. 233 del 2019.

¹⁶⁸ Ci si limita a segnalare C. BOTTARI, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Bologna, 2014; L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza* (atti del Convegno annuale del Gruppo di Pisa svoltosi a Trapani l'8 e il 9 giugno 2012), a cura di E. Cavasino, G. Scala, G. Verde, Napoli, Editoriale Scientifica, 2013. Fra i contributi più recenti, A. SANTUARI, *I Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP). Profili giuridici e assetti istituzionali multilivello*, in *Wellforum*, 2021.

¹⁶⁹ Cfr., da ultimo, Corte dei Conti, Audizione su finanza territoriale e federalismo fiscale presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, 4-5-2022.

¹⁷⁰ Questo l'antico modello che ha alimentato l'idea di un'antitesi fra controllo sostitutivo e autonomia, come osserva L. BUFFONI, *Il potere sostitutivo del Governo e l'equilibrio di bilancio*, in *Forum di Quad. cost.*, 2018.

¹⁷¹ Cfr. in proposito A. POLICE, *Sussidiarietà e poteri sostitutivi: la funzione amministrativa nello Stato plurale*, in *Regioni ed enti locali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, a cura di A. CHIEFFI, G. CLEMENTE DI SAN LUCA, Torino, 2004. Cfr. in proposito Corte cost., sent. n. 70/2004.

¹⁷² Il riferimento è alla sent. n. 168/2021 e in particolare al passaggio relativo al commissario straordinario per il piano di rientro sanitario della regione Calabria e al personale dedicato. Afferma infatti la Corte che il potere sostitutivo statale, «in situazioni estreme come quella in oggetto, non può essere certo attuato attraverso il mero avvicendamento del vertice, senza considerare l'inefficienza dell'intera struttura sulla quale tale vertice è chiamato a operare in nome dello Stato»; sicché «l'effetto utile – evocato dalla censura regionale – dell'esercizio del potere di cui all'art. 120, secondo comma, Cost. non può [...] che essere perseguito attraverso un intervento che comporti una prevalente sostituzione della struttura inefficiente con personale esterno altamente qualificato fornito direttamente dallo Stato – e di cui sarebbe oppor-

Corte non ha lasciato in ombra il valore costituzionale dell'autonomia regionale pur sottoposta al piano di rientro sanitario¹⁷³.

Guardando indietro, comunque, la questione dell'inerzia e quella degli strumenti per il suo superamento, specie in riferimento alla tutela della salute e all'organizzazione sanitaria¹⁷⁴, si è sempre rivelata nodale. Ne è un sintomo quella già menzionata clausola prevista dalla riforma Balduzzi, contenuta nell'art. 1, comma 6, del d.l. n. 158/2012¹⁷⁵. La vera questione, pertanto, è la seguente: il Governo, grazie alla disciplina introdotta, farà poi effettivamente uso del potere sostitutivo? E soprattutto, ancor prima: sarà in grado di esercitare efficacemente il suo ruolo di guida, di impulso e di iniziativa nei confronti di tutte le istituzioni coinvolte nella realizzazione del PNRR?

10. Note conclusive

Al termine di questa analisi può forse cogliersi ancor più in profondità l'entità della sfida rappresentata dalla "missione salute".

In prospettiva storica, la necessaria risposta alla crisi sanitaria senza precedenti che la pandemia ha determinato offre l'occasione per dare impulso a riforme attese da decenni e che attengono, in estrema sintesi, all'organizzazione e alla qualità delle cure primarie e, quindi, alla prevenzione, alla presa in carico appropriata delle problematiche sanitarie e sociali e all'implementazione dell'assistenza domiciliare, anche attraverso lo sviluppo della telemedicina e dell'approccio c.d. *One Health*. Sotto questo profilo le due "missioni" – salute, da un lato, e inclusione e coesione, dall'altro – richiedono una considerazione politica unitaria e sinergica da parte di tutti gli attori politici.

Si è poi segnalato il rischio di ridurre la riforma alla creazione di alcuni cantieri volti alla costruzione o all'ammodernamento di strutture destinate a divenire case della salute e ospedali di comunità, tralasciando altri aspetti, quali la formazione dei medici e dei professionisti coinvolti, da cui dipende quel rinnovato approccio con i pazienti e i loro familiari, destinatari, in ultima analisi, della "missione salute". Al riguardo è parso opportuno auspicare una vera e propria *transizione formativa*, tenendo conto, fra l'altro, delle aspirazioni provenienti soprattutto dalle più giovani generazioni dei medici di medicina generale e,

tuno che l'onere sia a carico della stessa autorità centrale –, in modo da evitare anche ogni possibile condizionamento ambientale».

¹⁷³ Nella medesima sentenza, infatti, viene dichiarata incostituzionale la norma statale allorché non prevede la possibilità, per la regione, di presentare una sua proposta convincente di piano di rientro. In proposito cfr. A. PATANÉ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla "crisi dell'autonomia"*. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 168/2021 sul piano di rientro sanitario della Regione Calabria, in *Corti supreme e salute*, 2021, n. 2.

¹⁷⁴ Rispetto alle quali, non va dimenticato, è impegnata la gran parte dei bilanci regionali, per una quota superiore all'80%.

¹⁷⁵ *Supra*, § 4.

sotto un altro profilo, dell'esperienza delle cure domiciliari maturata nell'ambito delle reti di cure palliative.

Il problema che resta sullo sfondo, del resto, è stato ben sintetizzato dalla Corte dei conti in quel passaggio menzionato in precedenza: «La riorganizzazione della rete di assistenza e l'uso complessivamente più appropriato delle strutture ospedaliere non sono stati accompagnati, in questi anni, da un rafforzamento dell'offerta dell'assistenza territoriale rivolta alla parte “più debole” della popolazione, cioè anziani, disabili, malati terminali. In molti casi non sono raggiunte le soglie richieste, pur se fissate a livelli molto contenuti»¹⁷⁶.

Quanto alle “soglie” e ai “livelli”, l'analisi sin qui svolta ha posto in luce le difficoltà che, lungo i decenni, hanno impedito l'implementazione delle riforme e in particolare la realizzazione di un sistema efficiente di cure primarie, con responsabilità sia del livello di governo centrale, sia di quello regionale. Al riguardo, condividendo la posizione di coloro che considerano che la soluzione all'inefficienza sia il buon governo e non una riforma costituzionale volta a centralizzare le competenze, si è al contempo valutata favorevolmente la “governance per il PNRR” di cui al d.l. n. 77/2021, che 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 uguaglianza.