

Integrazione socio-sanitaria e “libertà dal bisogno”

Problemi di effettività*

Francesca Paruzzo**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Diritto alla salute e diritto all’assistenza. *Excursus* storico-normativo tra principi fondamentali e questioni aperte. – 3. Integrazione socio-sanitaria. Tra norme astratte ed effettività della tutela. – 4. Le distorsioni del sistema socio-sanitario e la mancata tutela dei diritti. – 4.1. Fattore temporale ed effettività del diritto alla salute nel contesto dell’integrazione socio-sanitaria. – 4.2. Riparto dei costi nel settore socio-sanitario: regioni, comuni e utenti. – 5. Riflessioni conclusive e prospettive di riforma.

ABSTRACT:

L’integrazione socio-sanitaria rappresenta un settore chiamato a rivestire un ruolo sempre più centrale nelle politiche dei legislatori e amministratori, nazionali e locali, soprattutto in conseguenza di due fenomeni che stanno interessando il nostro Paese: la transizione demografica e quella epidemiologica. Tuttavia tanto l’evoluzione normativa che ha interessato tale settore negli ultimi anni, quanto le recenti riforme, alcune delle quali ancora in corso, sembrano sollevare rilevanti problemi di effettività nella garanzia dei diritti fondamentali coinvolti, quello alla salute e quello all’assistenza, arrivando a mettere in discussione quello che dovrebbe rappresentarne l’obiettivo ultimo delle politiche connesse a tale settore.

Social care and healthcare integration represents a sector called to play an increasingly central role in the policies of legislators and administrators, both national and local, especially as a result of two phenomena that are affecting our country: demographic and epidemiological transition. However, both the regulatory evolution that has affected this sector in recent years and the recent reforms, so-

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Assegnista di ricerca in Istituzioni di diritto pubblico. Università della Valle d’Aosta. Docente a contratto. Università di Torino. francesca.paruzzo@unito.it.

me of which are still in progress, seem to raise relevant problems of effectiveness in the guarantee of the fundamental rights involved, right to health and right to social care, going so far as to question what should represent the ultimate goal of the policies related to this field.

1. Premessa

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta un settore che riveste un ruolo sempre più centrale nelle politiche dei legislatori e amministratori, nazionali e locali, soprattutto in conseguenza di due fenomeni che hanno interessato il nostro Paese negli ultimi anni.

In primo luogo, si sta assistendo a una progressiva transizione demografica: l'INPS, già in un rapporto del 2016 rilevava, all'interno della sezione *Linee di indirizzo per la riforma della LTC – Long-Term Care*¹, come in Europa, e in particolare in Italia, si stesse manifestando una progressiva diminuzione della popolazione attiva e un esponenziale aumento degli ultra sessantacinquenni e ultraottantenni. Gli stessi dati del 2022 della Terza edizione del *Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni*² e del Report *Misure del Benessere equo e sostenibile dei territori*, pubblicato dall'Istat nell'ottobre 2022, confermano anch'essi come si sia di fronte a un costante incremento della durata della vita (pari a 80,1 anni per gli uomini e a 84,7 anni per le donne).

In secondo luogo, questa tipologia di transizione è andata combinandosi con una di carattere «epidemiologico»³: se un tempo a prevalere erano le patologie e le esigenze di cura causate da malattie acute, oggi tendono a essere preponderanti malattie croniche e invalidanti, che impongono continuità terapeutica e lungo-assistenza⁴ e che possono condizionare la qualità della vita degli individui, compromettendo nel tempo e in modo permanente il livello di autosufficienza degli stessi⁵.

¹ L'OCSE definisce Long Term Care «ogni forma di cura fornita, a persone non autosufficienti, lungo un periodo di tempo esteso, senza data di termine predefinita», in OCSE, *Guidelines for estimating long-term care expenditure in the joint 2006 data questionnaire*, 2006.

² Pubblicati dall'Istat il 15 dicembre 2022, con riferimento a dati relativi al 2021.

³ A. OMRAN, *The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change*, in Wiley, 1971, n. 49, pp. 509-538.

⁴ Nel 2001, l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*), raccomandandone l'uso nei diversi Stati. L'ICF recepisce il modello sociale della disabilità, considerando la persona non soltanto dal punto di vista sanitario, ma promuovendone un approccio globale, attento alle potenzialità complessive, alle varie risorse del soggetto e tenendo presente che il contesto, personale, naturale, sociale e culturale incide nella possibilità che tali risorse hanno di esprimersi. Secondo l'OCSE «hanno bisogno di servizi e interventi di Long-Term Care gli individui con disabilità mentali o fisiche di lungo periodo, che sono diventati dipendenti dall'assistenza nelle attività fondamentali della vita quotidiana, la gran parte dei quali appartiene ai gruppi più anziani della popolazione». Cfr. OCSE, *Long-Term Care Policies for Older People*, Parigi, 2005.

⁵ L'Istat nel 2016, ha stilato una lista di circa 23 patologie croniche nel Report *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*.

Proprio con riguardo alla non autosufficienza⁶, in Italia, secondo il Rapporto *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria* elaborato nel 2021⁷ dall'Istat e dalla Commissione per la riforma per l'Assistenza sanitaria e socio-sanitaria per la popolazione, istituita presso il Ministero della Salute⁸, su una popolazione di riferimento composta da circa 6,9 milioni di over 75, «oltre 2,7 milioni di individui presentano gravi difficoltà motorie, comorbidità e compromissione dell'autonomia nell'attività di cura della persona»⁹.

Le ricadute sul settore dell'integrazione socio-sanitaria di un quadro così complesso pongono, come si vedrà, rilevanti problemi di effettività nella garanzia dei diritti fondamentali coinvolti, quello alla salute e quello all'assistenza, arrivando a mettere in discussione quello che dovrebbe rappresentare l'obiettivo ultimo delle politiche connesse a tale settore: la complementarità tra il *sociale* e il *sanitario* impone infatti la determinazione di un percorso che parta «dalla persona, passi per i suoi diritti, per l'identificazione dei bisogni da soddisfare, prosegua con l'individuazione delle prestazioni da erogare e si concluda con l'organizzazione dei servizi da fornire»¹⁰.

Con lo scopo di mettere in luce – pur senza pretese di esaustività – tali criticità, il presente contributo si compone idealmente di due parti, strettamente connesse tra di loro: una prima, volta a delineare i tratti essenziali dei diritti fondamentali chiamati in causa, anche attraverso un *excursus* storico-normativo effettuato avendo riguardo ai principi costituzionali in materia. Una seconda, invece, finalizzata a far emergere, a partire dal contesto descritto, i problemi di effettività che interessano, in tale ambito, il nostro ordinamento, nonché le implicazioni che derivano, soprattutto alla luce delle riforme in corso, dal ricondurre le prestazioni che sostanziano l'integrazione socio-sanitaria nell'uno o nell'altro ambito di tutela.

⁶ Il tema della non autosufficienza riguarda infatti soggetti con disabilità fisica, psichica, sensoriale o relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri presenti nelle indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità il cui deterioramento psico-funzionale, se non correttamente trattato, diventa causa di un peggioramento del complessivo quadro clinico. Si veda in tal senso, Gruppo di lavoro ISS Bioetica Covid-19, *Rapporto ISS Covid-19, Assistenza sociosanitaria residenziale agli anziani non autosufficienti: profili bioetici e biogiuridici.*, marzo 2021, 5 e altresì V. DURANTE, *Salute e diritti tra fonti giuridiche e fonti deontologiche*, in *Politica del diritto*, 2004, n. 4, p. 567.

⁷ Con riferimento a dati del 2019 (che quindi non tengono conto dell'incidenza della pandemia di Covid-19).

⁸ Tale rapporto risponde all'Indagine europea sulla salute, in base a quanto previsto dal Regolamento 255/2018/UE, che a sua volta attua il Regolamento 1338/2008/CE relativo alle statistiche comunitarie in materia di sanità pubblica, di salute e di sicurezza sul luogo di lavoro.

⁹ I dati Istat così emersi possono essere ricondotti a tre aree di interesse: lo stato di salute in relazione alla presenza di malattie croniche e l'accesso (o la rinuncia all'accesso) alle prestazioni sanitarie; la gestione della vita quotidiana con riferimento alle attività di cura della persona; la diffusione di limitazioni funzionali in grado di condizionare l'autosufficienza della persona. Tali dati sono elaborati da G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. Quarto rapporto Long Term care*, Milano, 2022.

¹⁰ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020, p. 199.

2. Diritto alla salute e diritto all'assistenza. *Excursus* storico-normativo tra principi fondamentali e questioni aperte

La qualificazione della salute come oggetto di diritti della persona si sviluppa a partire dalla seconda metà del XX secolo ed è solo in questo periodo che giunge a maturazione quel processo che vede nella stessa un aspetto fondamentale della vita di ogni essere umano e che individua nella categoria dei diritti inviolabili la sede naturale della sua tutela giuridica¹¹. Se l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo atto di costituzione, definiva la salute come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come una mera assenza di malattia o infermità»¹², è nel 2011 che tale nozione si allarga in modo più evidente alla sfera sociale: in tale anno, è la stessa OMS a (ri)definirla infatti anche come «capacità di adattamento e di autogestione di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive»¹³, portandone a compimento il percorso di evoluzione e ponendo l'accento sulla capacità del singolo, nelle sue differenti peculiarità, di convivere con la malattia nelle sue varie fasi, in una connotazione che impone di tener conto dell'impatto sempre più forte della cronicità.

Nel nostro ordinamento, come noto, il diritto alla salute è riconosciuto e garantito dall'art. 32 della Costituzione, il quale, per quanto qui interessa mettere in luce, pone come soggetto della previsione la Repubblica, non l'individuo o la collettività, i quali sono portatori, rispettivamente, di un diritto e di un interesse, che la prima è tenuta a realizzare¹⁴; la prospettiva della tutela spostata in questo senso l'attenzione sul dovere positivo, da parte dei

¹¹ C. BYK, *The history of the right to health as a human right*, in *Journal International de Bioéthique*, 1998, n. 3, p. 15; cfr. anche V. DURANTE, *Salute e diritti tra fonti giuridiche e fonti deontologiche*, in *Politica del diritto*, 2004, n. 4 e L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018.

¹² *Conferenza Internazionale sulla Salute*, New York 19-22 luglio 1946. Similmente, tale definizione emerge nell'art. 25 della Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo del 1948, nell'art. 12 del Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 o, ancora, nell'art. 11 della Carta sociale europea, adottata dal Consiglio d'Europa nel 1961, nell'art. 25 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006, nell'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2001.

¹³ M. HUBER, *Report to Invitation Conference "Is Health a state or an ability? Towards a dynamic concept of health"*, 2010.

¹⁴ Fino all'entrata in vigore della Costituzione la salute era intesa in funzione della realizzazione di un mero interesse pubblico. Per una ricognizione dei lavori preparatori che condussero alla redazione dell'art. 32 Cost., cfr. M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998, p. 38; G. CILIONE, *Diritto sanitario: profili costituzionali e amministrativi, ripartizione delle competenze, organizzazione, prestazioni, presidi sanitari privati, professioni: con riferimenti normativi bibliografici e giurisprudenziali*, Rimini, 2003, p. 45 ss.; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in R. FERRARA, C. SARTORETTI (a cura di), *Trattato di biodiritto. Salute e sanità*, Milano, 2010, p. 12; A. BALDASSARRE, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Torino, 1997, p. 68; P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Padova, 1953; V. FALZONE, F. PALERMO, F. CASENTINO (a cura di), *La Costituzione della Repubblica italiana illustrata con i lavori preparatori*, Milano, 1976, p. 114.

pubblici poteri, di porre in essere le azioni e organizzare i servizi necessari per assicurare il bene salute¹⁵ e per consentire ai singoli di poter accedere alle prestazioni sanitarie¹⁶.

Il contenuto della pretesa positiva del malato è ben individuato, in tal senso, prima ancora dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, nella sentenza n. 103 del 1977 della Corte costituzionale. I giudici costituzionali affermano come il malato, in forza della previsione della Carta fondamentale – che assume così connotazione di norma immediatamente precettiva¹⁷ – sia assunto «alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli viene reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati e che in ciò trovano la loro stessa ragion d'essere».

Da ciò deriva un vincolo in capo al legislatore¹⁸, la cui discrezionalità non si estende all'*an* della tutela, ma si limita al solo *quomodo*¹⁹, nell'ambito di confini definiti dallo stesso tessuto costituzionale: quest'ultimo, infatti, impone la garanzia primaria del principio di uguaglianza, formale e sostanziale, dell'inviolabilità dei diritti fondamentali, della dignità umana, nonché del principio di solidarietà²⁰.

Tali principi, alla base dell'impianto personalista della Costituzione, segnano, così, il confine tra il nucleo irriducibile del diritto alla salute²¹ – che deve essere garantito a tutti – e lo spazio di discrezionalità del legislatore per la determinazione in concreto dei suoi contenuti²².

Per l'attuazione legislativa del dettato costituzionale si deve attendere, come noto, fino all'approvazione della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la quale, «significativamente»²³, all'art. 1, riprende proprio il contenuto dell'art. 32 della Costituzione e pone, tra i suoi obiettivi primari, «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» (art. 2, comma. 1, n. 3), nonché la necessità di operare «senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio» (art. 1, co. 3).

¹⁵ A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006. Altresì R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 20 ss.

¹⁶ In particolar modo, da Corte costituzionale n. 88 del 1979, e in un momento successivo dalle sentenze n. 309 del 1999; n. 509 del 2000 e n. 252 del 2001.

¹⁷ R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 62.

¹⁸ Corte costituzionale, n. 455 del 1990.

¹⁹ La sentenza n. 509 del 2000 della Corte costituzionale (in tema di rimborsabilità delle spese sostenute per prestazioni mediche ricevute presso strutture non convenzionate) afferma, per quanto qui può interessare, che la salvaguardia del diritto alla salute «impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione del diritto».

²⁰ L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, cit., p. 41.

²¹ Corte costituzionale, n. 252 del 2001.

²² Cfr. R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, 2006, p. 5398.

²³ M. LUCIANI, *Salute (Diritto alla)*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, 1991, p. 8 e 9.

Il tutto, per il tramite di quelle funzioni, strutture, servizi e attività che operano sulla base dei principi «di globalità delle prestazioni e di universalità dei destinatari»²⁴ (art. 2) e che fanno sì che il Servizio Sanitario nazionale sia contrassegnato «dall'elemento strutturale della pretensività e da quello funzionale della redistributività»²⁵.

È solo negli anni Novanta che, a partire da tale quadro (e in parte in contraddizione con esso), prende l'avvio un processo di riorganizzazione del sistema sanitario che inizia a mettere in discussione – se non nelle intenzioni, nelle sue pratiche applicazioni – questi principi: con la legge delega n. 421 del 1992 e il conseguente d.lgs. n. 502 del 1992, poi modificati dal d.lgs. n. 517 del 1993 e dal d.lgs. n. 229 del 1999, si assiste a una riorganizzazione istituzionale e amministrativa che segue logiche di regionalizzazione, privatizzazione, aziendalizzazione e razionalizzazione della spesa e che appare ispirata da ragioni di implementazione dell'efficienza economica, in una nuova definizione dei rapporti tra livelli essenziali e disponibilità delle risorse finanziarie²⁶.

I diversi provvedimenti normativi²⁷ che si susseguono in quegli anni, infatti, manifestano il venire in essere di forme di condizionamento, fino a quel momento inedite, tra la garanzia della salute (a cui è strettamente connessa l'elaborazione di livelli uniformi di assistenza)

²⁴ Cfr. B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in F. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, p. 12 e M. LUCIANI, *Salute (Diritto alla)*, cit., p. 4. A tale riguardo, la legge n. 833 del 1978 fa propria una lettura espansiva dell'art. 32 della Costituzione rispetto alla gratuità delle cure, stabilendo che l'accesso alle prestazioni sanitarie debba essere universale e gratuito.

²⁵ C. GIORGI, I. PAVAN, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita. Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le Carte e la Storia*, 2018, n. 2, p. 104. Altresì, poi, C. GIORGI, I. PAVAN, *Storia dello Stato sociale in Italia*, Bologna, 2021.

²⁶ C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi europei e il caso italiano*, cit., p. 187 e C. GIORGI, I. PAVAN, *Un sistema finito di fronte a una domanda infinita. Le origini del Sistema sanitario nazionale italiano*, in *Le Carte e la Storia*, 2018, n. 2, pp. 104 ss.

²⁷ In questo senso, l'art. 1 comma 1 lett. g) della legge delega n. 421 del 1992 disponeva che i «livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori» devono essere definiti contestualmente a una «soglia minima di riferimento, da garantire a tutti i cittadini [...] in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria» e l'art. 1 comma 4, lett. b) del d.lgs. n. 502 del 1992 prevede che nel Piano sanitario nazionale «nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute, individuati a livello internazionale e in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al servizio sanitario nazionale», sono indicati i «livelli uniformi di assistenza sanitaria [...] con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, rapportati al volume delle risorse a disposizione». Successivamente, in seguito alla modifica intervenuta con il d.lgs. n. 229 del 1999, il medesimo d.lgs. n. 502 del 1992, all'art. 1 comma 2, stabilisce che «il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge n. 833 del 1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, [...] nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse». Il comma 3 del medesimo articolo, così richiamato, prevede inoltre che «l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria». Cfr. E. BALBONI, *I livelli essenziali ed i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, p. 1183.

e la sostenibilità (economica) dell'erogazione dei relativi servizi²⁸: il rapporto diretto tra esigenze finanziarie e diritti, fa così sì che l'effettività di questi ultimi entri in concorrenza (e sia subordinata) a necessarie coperture economiche (la maggior parte delle riforme avviene infatti «senza ulteriori oneri di spesa»), con conseguente selettività delle garanzie e, nei fatti, limitatezza dei beneficiari²⁹.

Su tale quadro, nel 2001, incide la riforma del Titolo V della Costituzione. Essa, riservando allo Stato quelle funzioni che «richiedono l'esercizio unitario» e affidando al livello locale la «responsabilità della rete, necessariamente capillare, dei servizi territoriali preposti all'organizzazione delle prestazioni»³⁰ aspira a «realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini»³¹ attraverso un sistema di regole in grado di disciplinare «i rapporti di collaborazione [tra Stato e Regioni] nel rispetto di reciproche competenze»³² e di assicurare la creazione di sistemi sanitari regionali flessibili, quanto alla loro organizzazione, e rigidi, quanto al contenuto delle prestazioni esigibili da parte dell'intera collettività³³.

Al rischio che da ciò potesse derivare – come poi effettivamente avvenuto – una eccessiva diversificazione dei servizi sanitari regionali, si oppone la previsione di una predeterminazione, a livello statale (estesa, invero, per quanto non attuata a tutti i diritti civili e sociali) e quale limite alle opzioni allocative regionali, dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP)³⁴, che pretendono di costituire, da un lato, la misura dell'effettività del principio di uguaglianza quale «risorsa dell'unità»³⁵, e, dall'altro, un limite alla discrezionalità sia del legislatore sia dell'amministrazione³⁶, vincolati, entrambi, a scelte orientate da criteri di

²⁸ Significativa è, in tal senso, con riferimento al diritto alla salute, la sentenza n. 455 del 1990, che definisce il diritto a ottenere trattamenti sanitari come «un diritto condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento».

²⁹ S. ARCA, *I Livelli essenziali di assistenza*, in *Tendenze nuove*, 2003, n. 4, pp. 355-372.

³⁰ C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi europei e il caso italiano*, Bologna, 2020, p. 198.

³¹ Così, recentemente, Corte costituzionale, n. 62 del 2020.

³² Corte, recentemente, costituzionale, n. 62 del 2020.

³³ Corte costituzionale, n. 282 del 2002. Così anche le sentenze n. 27 del 1998; n. 185 del 1998; n. 267 del 1998; n. 309 del 1999; n. 509 del 2000; n. 252 del 2001; n. 111 del 2005; n. 432 del 2005.

³⁴ D. MESSINEO, *La garanzia del contenuto essenziale dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Torino, 2012, pp. 73 ss. I LEP, in materia sanitaria, richiamano invero principi anticipati dalla l. n. 833 del 1978: l'art. 3 comma 2 già prevedeva che lo Stato definisse, attraverso il Piano sanitario nazionale, «i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini» e l'art. 51 comma 2 stabiliva che l'attribuzione delle risorse dovesse «tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie [...] in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le Regioni».

³⁵ A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, p. 16. A questo proposito cfr. S. GAMBINO, *Cittadinanza, funzioni pubbliche, federalismo. La sofferta attuazione del federalismo fiscale italiano, nell'ottica comparatistica (Spagna e Germania)*, in *Astridonline*, 2008, n. 16, p. 12.

³⁶ Corte costituzionale, n. 36 del 2013.

ragionevolezza e finalizzate a garantire quantomeno il nucleo irriducibile di tali diritti³⁷. I LEP, in ambito sanitario, sono poi rimessi, dall'art. 6 della legge n. 405 del 2001, a un D.p.c.m. da concertarsi in sede di Conferenza Stato-Regioni, approvato il 29 novembre 2001³⁸ e ulteriormente modificato con D.p.c.m. n. 15 del 12 gennaio 2017, secondo una necessità evidenziata dal Patto della salute 2014-2016³⁹.

Se questi sono i tratti essenziali che hanno caratterizzato l'attuazione – non esente, come visto, da criticità – della garanzia del diritto alla salute nel nostro ordinamento, è ora necessario soffermarsi a indagare quelli che hanno connotato l'altro diritto fondamentale chiamato in causa nel contesto dell'integrazione socio-sanitaria: quello all'assistenza.

Quest'ultimo, riconosciuto dall'articolo 38 della Costituzione, aspira a conferire effettività al nucleo forte dell'idea di Stato sociale voluta dai costituenti: nella prospettiva solidaristica e pluralista alla base della Carta fondamentale, la protezione sociale, quale garanzia di condizioni adeguate di vita anche nei confronti di chi si trovi in situazioni di maggior debolezza, diventa strumento di emancipazione per quanti siano sprovvisti dei mezzi necessari per vivere⁴⁰.

Limitando, in questa sede, il discorso al tema della sicurezza sociale e dell'assistenza (e tralasciando quello della previdenza), dalle disposizioni costituzionali deriva in capo allo Stato il compito, direttamente operante nell'ordinamento⁴¹, di correggere, in attuazione del principio di uguaglianza sostanziale, gli squilibri socio-economici non altrimenti rimediabili. L'assistenza diventa espressione di una solidarietà collettiva finalizzata a che ognuno

³⁷ Corte costituzionale, n. 509 del 2000, n. 40 del 2004; n. 162 del 2014; n. 96 del 2015 e, da ultimo, n. 62 del 2020. Il nucleo irriducibile del diritto, pur nella difficoltà della sua predeterminazione, costituisce infatti una barriera insuperabile, discendente direttamente dalla Costituzione e destinata a prevalere, in quanto connesso «all'inviolabile dignità della persona umana», rispetto alla quale i livelli essenziali si pongono come *quid pluris*. Cfr. E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, p. 1189. Si veda altresì A. GIORGIS, *Commento all'art. 3 comma 2 della Costituzione*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino, 2006, pp. 1-66.

³⁸ Le previsioni contenute in tale d.p.c.m. assumono, in seguito, con l'approvazione della legge finanziaria per il 2003 (art. 54, legge n. 289 del 2002) forza di legge.

³⁹ Tale patto ne prevedeva l'aggiornamento entro il 31 dicembre 2014, ai sensi dell'art. 1 comma 3. La successiva legge di stabilità – l. n. 208 del 2015 – ha poi previsto un incremento di spesa per la revisione dei Lea, definendo le possibili procedure di revisione.

⁴⁰ C. TRIPODINA, *Art. 38 (Commento)*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G. E. VIGEVANI (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, Bologna, 2018, p. 370; si veda altresì M. MAZZIOTTI, *voce Assistenza (dir. cost.)*, in *Enciclopedia del diritto*, III, p. 749-753; N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 2016, p. 309. Per molti autori è a lungo prevalsa la tesi secondo la quale quanto previsto dalla Costituzione non aveva comportato l'attribuzione di un diritto soggettivo, ma si era limitato a porre un obiettivo al legislatore ordinario; la posizione dell'utente nei confronti dell'amministrazione erogatrice del servizio è qualificata come interesse legittimo ovvero diritto sociale "condizionato" alle scelte organizzative e distributive del legislatore e dell'amministrazione; così ad esempio V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, 1952, pp. 115 ss.; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia Giuridica*, vol. XI, Roma, 1989, 1 ss.; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1981, pp. 755 ss.; F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali*, Padova, 1993; U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, Torino, 1987, pp. 445 ss.

⁴¹ Corte costituzionale, n. 22 del 1969; n. 80 del 1971; n. 160 del 1974.

sia libero da situazioni di bisogno⁴², convenzionalmente individuate nel mancato possesso di redditi propri superiori ai limiti previsti dalla legge⁴³. Contenuto della prestazione, in questo senso, è il *minimo vitale*, da garantirsi non solo con provvidenze economiche, ma anche con altre forme di intervento, al fine di «creare una condizione di sicurezza per tutti i membri della collettività, quale che sia la classe o la categoria professionale di appartenenza»⁴⁴.

Se questo è il diritto all'assistenza, come riconosciuto e garantito dalla Costituzione, le riforme che ne hanno dato attuazione, non sembrano essersi mosse nella direzione auspicata: il c.d. *Piano Pieraccini*, Piano nazionale allegato alla legge n. 685 del 1967, che per primo fa riferimento all'esigenza di servizi alla persona ispirati a un principio di uguaglianza nelle prestazioni⁴⁵, organizzati ed erogati dagli enti pubblici⁴⁶ non ha mai visto attuazione; il d.P.R. n. 616 del 1977⁴⁷, che dedica il titolo III ai *servizi sociali* e che attribuisce alle regioni i compiti di programmazione e di coordinamento delle attività inerenti questi ultimi⁴⁸, nonché la legge n. 142 del 1990, recante disposizioni sull'*Ordinamento delle autonomie locali* (che consente per la prima volta ai comuni e alle province di esercitare un ruolo primario «che si riflette sul tipo di intervento e sul rapporto di prestazione»⁴⁹) alimentano, attraverso l'assetto decentrato così definito, una situazione di frammentarietà e disomogeneità nel godimento dei diritti coinvolti⁵⁰: gli utenti, invero, in mancanza di una legge organica che potesse «garantire alla produzione legislativa regionale unitarietà dello scopo e funzionamento coordinato e uniforme del servizio»⁵¹, hanno iniziato a usufruire di un livello quantitativo e qualitativo di servizi fortemente differenziato a seconda del territorio di residenza.

Al consolidamento della concezione personalista, di cui queste riforme si fanno portatrici, peraltro, si affianca l'introduzione del principio del c.d. «universalismo selettivo»⁵². Esso, all'universalismo proprio, ad esempio, come visto, del diritto alla salute (caratterizzato dall'erogazione di un servizio nei confronti di tutti, «indipendentemente e a prescindere

⁴² E. JORIO, *Diritto dell'assistenza sociale*, Milano, 2006, p. 27.

⁴³ Corte costituzionale, n. 27 del 1965; n. 29 del 1968; n. 22 del 1969; n. 497 del 1988; n. 141 del 1989.

⁴⁴ M. MAZZIOTTI, *Assistenza (dir. cost.)*, in *Enciclopedia del diritto*, 1959, p. 753.

⁴⁵ E. JORIO, *Diritto della sanità e dell'assistenza sociale*, Torino, 2013, p. 188.

⁴⁶ N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, cit., p. 312.

⁴⁷ Tale d.P.R. è stato anticipato dal d.P.R. 9 del 1972 che si avvaleva della distinzione tra assistenza e beneficenza come criterio per identificare le funzioni spettanti alle Regioni. L'assistenza ai sensi dell'art. 38 della Costituzione è affidata alla competenza dello Stato, mentre la disciplina della beneficenza alle Regioni.

⁴⁸ Si sopprimono, con tale d.P.R. gli enti pubblici assistenziali, sia regionali che locali, e si determinano le modalità di ripartizione tra gli enti delle risorse finanziarie di provenienza statale, destinate alla gestione dei servizi sociali.

⁴⁹ N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, cit., p. 316.

⁵⁰ M. BERGO, *Il diritto sociale frammentato. Principio di sussidiarietà e assistenza sociale*, cit., p. 371.

⁵¹ R. MAGGIAN, *I servizi socio-assistenziali. Verso la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e sanitari*, Roma, 2004.

⁵² A. GUALDANI, *I servizi sociali tra universalismo e selettività*, Milano, 2007.

da qualsiasi ulteriore requisito particolare, oggettivo o soggettivo»⁵³) oppone uno schema, di per sé del tutto compatibile con il tessuto costituzionale, secondo cui, se ogni individuo ha pari diritto di accedere ai servizi di assistenza, le modalità attraverso cui tale accesso si verifica, nonché l'ordine delle relative priorità, sono subordinate alla valutazione di ulteriori presupposti, anche di natura economica⁵⁴.

Solo con la legge n. 328 del 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*⁵⁵ si assiste all'elaborazione della prima disciplina organica di «azioni e misure, strettamente coordinate e collegate fra loro» e volte a «garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza»⁵⁶. Il Comune, in questo quadro normativo, continua a essere l'ente locale cui, sul piano operativo, il legislatore assegna un ruolo prioritario⁵⁷. Contestualmente, tale legge disciplina il funzionamento del Fondo nazionale per le politiche sociali⁵⁸, che avrebbe dovuto operare come strumento finanziario in stretta connessione con il Piano nazionale. Il Fondo avrebbe dovuto finanziare i livelli essenziali, la cui definizione avrebbe dovuto essere «effettuata contestualmente a quella delle risorse da assegnare al Fondo» (art. 20, comma 4) e insieme, Fondo e Piano, avrebbero dovuto rappresentare, nel disegno del legislatore, un mezzo di attuazione delle politiche sociali nazionali (art. 22).

⁵³ A. BONOMI, *Brevi osservazioni sugli aspetti più problematici del delicato bilanciamento fra universalismo selettivo, diritti fondamentali e vincoli di bilancio: alla ricerca dell'universalismo selettivo temperato*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 7, p. 4.

⁵⁴ P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistema di welfare*, in M. CAMPEDELLI, P. CARROZZA, L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e istituzioni sociali*, Bologna, 2010, p. 220.

⁵⁵ E esso ricomprende nell'ambito di questi ultimi le attività previste dall'art. 128 del d.lgs. n. 112 del 1998. Per un commento a E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI, *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2007.

⁵⁶ Già il d.lgs. n. 112 del 1998, recante disposizioni in ordine al *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli enti locali*, in attuazione del capo I della legge n. 59 del 1997, sembra iniziare a muoversi nella direzione di una revisione organica del sistema. L'art. 128, in primo luogo, dispone che per *servizi sociali* si intendono «tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario».

⁵⁷ In seguito all'entrata in vigore della legge costituzionale n. 3 del 2001, che ha riformato il Titolo V della Carta fondamentale, la legge n. 328 del 2000, in base al disposto dell'art. 2 della legge n. 131 del 2003, ha mantenuto la sua efficacia, in attesa che le Regioni esercitino le proprie nuove competenze legislative acquisite e lo Stato individui i livelli essenziali della disciplina. A seguito di tale riforma, infatti, la ripartizione dei compiti di protezione sociale tra Stato e Regione mutano: l'articolo 117, co. 2, lett. o), Cost. riserva, infatti, alla competenza esclusiva dello Stato la previdenza sociale, mentre il terzo comma del medesimo articolo affida alla competenza concorrente dello Stato e delle Regioni la previdenza complementare e integrativa. L'assistenza sociale va, pertanto, di conseguenza annoverata tra le materie in cui le Regioni esercitano in via residuale la propria potestà legislativa, fatta salva, ex art. 117, co. 2, lett. m), Cost. la competenza esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali – tra i quali è certamente da annoverarsi anche il diritto all'assistenza – da garantirsi su tutto il territorio nazionale.

⁵⁸ Il finanziamento del sistema di assistenza sociale è disciplinato dalla legge n. 449 del 1997, di accompagnamento alla Legge Finanziaria 1998 (legge n. 450 del 1997) che istituiva il Fondo per le politiche sociali nazionale. Questo strumento canalizzava tutti gli stanziamenti disciplinati dalle diverse leggi in materia di assistenza sociale, evitandone la parcellizzazione. Alla determinazione della consistenza finanziaria del Fondo aveva in seguito provveduto la legge n. 388 del 2000 (Finanziaria per l'anno 2001). Cfr. E. JORIO, *Diritto dell'assistenza sociale*, cit., pp. 90 ss.

Tuttavia, anche tale disegno non si è mai realizzato⁵⁹, non riuscendo a farsi carico di una compiuta e adeguata tutela del nucleo essenziale del diritto al mantenimento e all’assistenza⁶⁰, il tutto con l’effetto di accrescere, invece che ridurre, le già esistenti differenziazioni tra i vari sistemi di welfare regionali e locali⁶¹.

In primo luogo, dal punto di vista delle risorse, la dotazione del Fondo non ha mai assunto caratteri strutturali, rendendo impossibile il finanziamento dei diritti soggettivi a esso connessi e, quindi, facendone ricadere i costi sugli utenti. In particolare, nel quinquennio successivo al 2007, gli stanziamenti si sono ridotti anno per anno fino quasi ad azzerarsi nel 2012⁶² e ciò ha riguardato anche altri fondi “accessori”: il Fondo per le politiche della famiglia, il Fondo per l’infanzia e l’adolescenza, il Fondo per l’inclusione sociale degli immigrati. Discorso parzialmente diverso, invece, salvo quanto si dirà nell’ultimo paragrafo, riguarda il Fondo per la non autosufficienza, istituito dalla legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria per il 2007) e finalizzato a garantire, su tutto il territorio nazionale, l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali in favore delle persone non autosufficienti. Tale Fondo è divenuto strutturale con legge n. 208 del 2015 e le sue disponibilità risultano incrementate, da ultimo, con la legge di bilancio 2022 (legge n. 234 del 2021).

In secondo luogo, correlativamente, i livelli essenziali non hanno mai visto una compiuta realizzazione. Dieci anni dopo l’entrata in vigore della legge n. 328 del 2000 è stato adottato un atto di intesa, che, ai sensi dell’art. 13 comma 5 del d.lgs. n. 68 del 2011⁶³ avrebbe dovuto determinare e organizzare servizi diffusi in maniera omogenea sul territorio, definendo i livelli essenziali in materia sociale⁶⁴. Successivamente, con la legge di bilancio

⁵⁹ Cfr. E. BRUGNONE, *Assistenza sociale e diritti esigibili negati*, in *Difesa sociale e diritti esigibili negati*, 2003, n. 3.

⁶⁰ S. GAMBINO, *Stato, diritti sociali e devolution: verso un nuovo modello di welfare*, in *www.associazionedeicostituzionalisti.it*, 2 febbraio 2006.

⁶¹ In tale ultimo senso, infatti, le singole Regioni hanno provveduto a definire, per il proprio ambito territoriale di competenza le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi: la l.r. Emilia-Romagna, n. 2 del 2003, artt. 5 e 6; l.r. Puglia n. 17 del 2003, artt. 7 e 8; l.r. Piemonte n. 1 del 2004, artt. 18 e 19; l.r. Calabria n. 23 del 2003, artt. 7 e 8; l.r. Friuli Venezia Giulia n. 23 del 2004, art. 9; l.r. Toscana n. 41 del 2005, artt. 4 e 27. Per una prima rassegna degli interventi legislativi di alcune Regioni a proposito dei livelli essenziali delle prestazioni sociali in assenza della definizione statale degli stessi, si veda F. PESARESI, *Regioni e livelli essenziali delle prestazioni sociali*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2003, n. 15-17, pp. 8 ss.

⁶² Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, *Piano nazionale sociale 2018-2020*, Osservazioni in tal senso si rinven- gono anche in E. VIVALDI, *Livelli essenziali e servizi sociali: è salva la legge toscana istitutiva del fondo sulla non auto- sufficienza che introduce criteri ulteriori per regolare l’accesso ad alcuni servizi sociali agevolati*, in *Diritti regionali*, 9 gennaio 2013.

⁶³ Concernente le *Prime indicazioni per un percorso finalizzato alla rilevazione della spesa sociale, dei fabbisogni e dei costi standard dei servizi e interventi aventi caratteristiche di generalità e permanenza all’interno delle Regioni e delle Province e degli Enti locali nell’ambito delle politiche sociali*.

⁶⁴ M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2. Tale esigenza è stata sottolineata dalla stessa Corte costituzionale con la sentenza n. 65 del 2016: i giudici costituzionali, in questo caso, esplicitano come l’adozione di nuovi livelli essenziali sarebbe dovuta essere preordinata alla corretta pianificazione e gestione della finanza regionale, e avrebbe dovuto offrire alle Regioni un significativo criterio di orientamento nell’individuazione degli obiettivi e degli ambiti di riduzione delle risorse impiegate e avrebbe dovuto segnare il limite al di sotto del quale la spesa non fosse ulteriormente comprimibile.

2022 si è fornito, ai commi 159-171, una prima indicazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS). Tuttavia, anche in questo caso, l'attuazione degli interventi e l'adozione dei necessari atti di programmazione integrata, non sono definiti nel dettaglio, ma sono demandati a D.p.c.m. da adottare, con intesa, in sede di Conferenza Unificata⁶⁵. Pur a fronte della doverosità della prestazione, che trova fondamento nell'art. 38 della Costituzione, quindi, il diritto all'assistenza sconta, rispetto a quello alla salute, ai suoi caratteri di universalità, gratuità e globalità nell'accesso e alla predeterminazione, in tale ambito, dei LEA, un differente grado di attuazione. Tale circostanza, connessa alle caratteristiche strutturali dell'assistenza, che non individua in modo specifico l'oggetto della tutela, le categorie di soggetti meritevoli di interventi⁶⁶, e neppure «il modo in cui l'ordinamento si propone di proteggerli»⁶⁷, ha determinato il venire a strutturarsi di una molteplicità di possibili prestazioni affidate a plurimi livelli di governo e finanziate da differenti fonti, da cui finisce per dipendere la possibilità di ampliare o restringere la portata di queste stesse prestazioni e dei loro beneficiari.

3. Integrazione socio-sanitaria. Tra norme astratte ed effettività della tutela

Mettere in luce gli aspetti peculiari, nonché i principi cui è informata l'effettività (e i correlati rischi di ineffettività) del diritto alla salute come di quello all'assistenza, consente ora di definire il contesto di analisi in funzione del quale osservare le ricadute che derivano dall'imputare le prestazioni che rientrano nel settore dell'integrazione socio-sanitaria all'uno o all'altro diritto: tale settore aspira infatti a voler garantire una maggiore tutela derivante dall'interazione tra le prestazioni sanitarie, che rispondono a un bisogno di salute manifestato da chi presenti specifiche condizioni cliniche, e prestazioni assistenziali, le quali, ispirate come detto a forme di universalismo selettivo, richiedono la valutazione di ulteriori requisiti nell'accesso e nella relativa imputazione di costi.

Aspetto significativo da tenere in primo luogo in considerazione è quello per cui l'intero corpo normativo entro il quale individuare, quantomeno nelle sue fasi iniziali, la disciplina

⁶⁵ In particolare, per quanto qui interessa, i commi 162 e 167. Il Piano Nazionale per la Non autosufficienza 2022-2024, adottato con D.p.c.m. del 3 ottobre 2022, individua per la prima volta, nel limite delle risorse destinate al Fondo per la Non autosufficienza, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Camera dei Deputati, Servizio studi, *Politiche per la non autosufficienza e la disabilità*, 29 settembre 2022.

⁶⁶ E. ROSSI, *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 2, pp. 249 ss.

⁶⁷ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., p. 27. Altresì U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, 1987, pp. 445 ss; F. PIZZOLATO, *Il sistema di protezione sociale nel processo di integrazione europea*, Milano, 2002; A. ALBANESE, *Diritto all'assistenza e servizi sociali. Intervento pubblico e attività dei privati*, Milano, 2007, in particolare 5; C. COLAPIETRO, M. RUOTOLO, *Diritti e libertà*, in F. MODUGNO (a cura di), *Lineamenti di Diritto pubblico*, Torino, 2010, p. 596.

di tale settore è da collocarsi nell’ambito di disposizioni che si occupano di salute, solo in anni più recenti integrate con altre che rinviano alla materia più prettamente assistenziale. Con l’approvazione, prima, della legge n. 841 del 1953, relativa *all’Estensione dell’assistenza sanitaria ai pensionati statali e alla sistemazione economica della gestione assistenziale dell’ENPAS* e, poi, della legge n. 692 del 1955, inerente *l’Estensione dell’assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia*, si riconosce infatti per la prima volta «il diritto alle cure gratuite sia ai pensionati del settore statale sia a quelli del settore privato»⁶⁸. Ancora prima dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale si prevede, in questo modo, che le prestazioni sanitarie debbano riguardare anche le diverse tipologie di malattie legate all’invecchiamento e, come tali, necessitanti nel lungo periodo di «una continuità tra azioni di cura e di riabilitazione»⁶⁹. All’art. 3 della legge n. 692 del 1955, infatti, è specificato che «l’assistenza di malattia si attua [...] attraverso le seguenti prestazioni: 1) generica specialistica [...]; 2) ospedaliera; 3) farmaceutica»; tale assistenza, si legge ancora nel testo, spetta anche nei casi delle malattie specifiche della vecchiaia, da indicarsi in un decreto del Ministro per il lavoro e la previdenza sociale, poi effettivamente adottato il 21 dicembre 1956⁷⁰, ed è connotata da prestazioni da rendersi senza limiti di durata, a livello ambulatoriale, domiciliare o – qualora gli accertamenti diagnostici e le cure mediche non fossero normalmente praticabili a domicilio – ospedaliero.

Successivamente, la legge n. 132 del 1968, c.d. legge Mariotti, relativa agli *Enti ospedalieri e all’assistenza ospedaliera*, segna l’avvio di un radicale riordino della sanità italiana e, per quanto qui interessa, stabilisce, all’art. 1, che «l’assistenza ospedaliera pubblica è svolta a favore di tutti» ed è affidata a entità di diritto pubblico, tenute a «compiti di cura, difesa della salute, formazione del personale, educazione del malato e del nucleo familiare (art. 2)»⁷¹; all’art. 29, poi, dispone che ciascuna Regione è tenuta a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero, in relazione al fabbisogno dei posti letto, distinti in base alle esigenze dei pazienti acuti, cronici, convalescenti e lungodegenti⁷². Le patologie croniche, con esiti invalidanti e con tendenza a stabilizzarsi, trovano, così, espresso riconoscimento

⁶⁸ Per una ricostruzione si veda U. ASCOLI, *Il sistema italiano di welfare*, in U. ASCOLI (a cura di), *Welfare state all’italiana*, Roma-Bari, 1984, pp. 5-86; G. VICARELLI, *La politica sanitaria tra continuità e innovazione*, in: *Storia dell’Italia repubblicana, L’Italia nella crisi mondiale. L’ultimo ventennio*, Torino, pp. 569-619.

⁶⁹ M. CONSIATO, *La sanitarizzazione delle prestazioni di servizio sociale*, in R. CAVALLO PERIN, L. LENTI, G.M. RACCA, A. ROSSI, *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010.

⁷⁰ Si fa riferimento, in questo caso, a «1) Malattie dell’apparato cardio circolatorio [...]; 2) Malattie del sistema nervoso: [...] ; 3) Malattie degli organi e dei sensi [...]; 4) Malattie dell’apparato digerente [...]; 5) Malattie dell’apparato respiratorio [...]; 6) Malattie dello scheletro [...]; 7) Malattie dell’apparato emopoietico [...]; 8) Malattie delle ghiandole endocrine; 9) Malattie degli apparati urinario e genitale [...]; 10) Neoplasmi».

⁷¹ F. FOGLIETTA, *Sviluppo storico dei servizi socio-sanitario territoriali e alcune per il futuro*, in C. BOTTARI (a cura di), *L’assistenza socio-sanitaria nel rinnovato contesto regionale*, Santarcangelo di Romagna, 2018, p. 14.

⁷² Tale formulazione, peraltro, trova conferma nel Decreto ministeriale del 13 agosto 1969, recante *Obiettivi e criteri per la formulazione del Piano nazionale ospedaliero transitorio*, il quale impone di far riferimento a divisioni e sezioni per lungodegenti, nell’ambito di una rete ospedaliera tenuta ad assicurare ogni forma di assistenza variabile in base alle necessità della popolazione.

normativo e vengono ricondotte, in pieno, alla tutela offerta dall'art. 32 della Costituzione, che vedrà attuazione, come detto, con l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale di impianto universalistico, finanziato dalla fiscalità generale e orientato a perseguire non solo l'equità nell'erogazione delle cure e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni, ma anche la globalità degli interventi. In esso, trova legittimo spazio la cura della cronicità e della non autosufficienza: d'altronde, tra gli obiettivi generali del Servizio sanitario, si è detto, si pone la «diagnosi e la cura degli eventi morbosi, quali siano le cause, la fenomenologia e [soprattutto] la durata» (art. 2, co. 1, punto 3)⁷³.

Successivamente alla legge n. 833 del 1978, è l'art. 30 della legge n. 730 del 1983, come integrato nel suo significato dal D.p.c.m. 8 agosto 1985, c.d. Decreto Craxi⁷⁴ che, da un lato, definisce in modo più preciso l'ambito di operatività e la ripartizione di funzioni nella cura del malato cronico; dall'altra, apre la strada, di fatto, a quel percorso di trasformazione del settore socio-sanitario, che, da ambito di integrazione di prestazioni volte a soddisfare contemporaneamente bisogni differenti, oggi, all'esito dell'evoluzione che ne è derivata, sembra sempre più connotarsi per un improprio spostamento nel settore socio-assistenziale anche delle prestazioni di cura, con conseguenze rispetto all'effettività dei diritti coinvolti.

L'art. 1 del c.d. Decreto Craxi stabilisce che esistono attività di rilievo sanitario che, pur richiedendo anche personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, sono «dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsecano in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica o psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti». Esse rimangono a carico del Servizio sanitario nazionale, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale. L'art. 6, poi, precisa che rientrano tra queste attività i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1 e che le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente, «alla riabilitazione o alla rieducazione funzionale degli handicappati e dei disabili [...]; alla cura e al recupero fisico-psichico dei malati mentali [...]; alla cura e/o al recupero fisico-psichico dei tossicodipendenti relativamente sia alla fase terapeutica di disassuefazione fisica sia a quella diretta alla rimozione della dipendenza psicologica dalla sostanza stupefacente o psicotropa [...]; alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio».

Al contrario, «le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantesi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute» devono gravare sui bilanci dei Comuni. Sempre l'art. 6, in ultimo, precisa che nei casi in cui non sia pos-

⁷³ F. FOGLIETTA, *Sviluppo storico dei servizi socio-sanitario territoriali e alcune per il futuro*, in C. BOTTARI (a cura di), *L'assistenza socio-sanitaria nel rinnovato contesto regionale*, cit., p. 18.

⁷⁴ Recante l'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e Province in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'art. 5 della legge n. 833 del 1978.

sibile disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale, le Regioni possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi, mediante convenzione, di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi, le Regioni possono altresì prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale, in proporzione all'incidenza della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini.

Scopo di tali disposizioni, tra le altre cose, era quello di risolvere il contenzioso nel frattempo emerso tra le USL e gli enti territoriali proprio in merito alla copertura dei costi di queste attività⁷⁵: la riforma sanitaria, infatti, aveva previsto – anche al fine di favorire una reale gestione integrata dei servizi sociali con quelli sanitari – la possibilità, per i Comuni, di delegare direttamente alle USL la gestione dei propri servizi socio-assistenziali, con il risultato, però, di generare una notevole confusione rispetto alla titolarità delle funzioni e dei relativi oneri.

In questo senso, se da un lato il Decreto Craxi consente di prevedere che, nell'ambito della cura di patologie croniche e invalidanti (anche, ma non solo degli anziani) possa venire in considerazione l'esigenza di prestazioni assistenziali comunque funzionali alla protezione della salute, dall'altro introduce per la prima volta un regime di finanziamento (compartecipato) gravante sui Comuni e sugli utenti.

In un contesto così connotato, interviene, nel 1992, prima l'approvazione del *Progetto obiettivo per la tutela della salute degli anziani*, relativo al quinquennio 1991-1995, un programma di assistenza geriatrica di carattere domiciliare o residenziale che fa perno su un'apposita unità di valutazione, in grado di esaminare le condizioni di salute dell'anziano e di indicare le cure necessarie; poi, un complessivo riordino del sistema, realizzato con il d.lgs. n. 502 del 1992⁷⁶, ulteriormente modificato dalla legge n. 419 del 1998, con cui il Parlamento delega il Governo a regolamentare «tempi, modalità e aree di attività per pervenire a un'effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali e stabilendo principi e criteri per l'adozione [...] di un atto di indirizzo e coordinamento [...] in sostituzione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 agosto 1985 [...], che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria». Già con il Patto per la Salute – Piano sanitario nazionale 1998-2000 – si era valorizzato il tema dell'integrazione tra queste differenti politiche, al fine di privilegiare «la continuità assistenziale tra ospedale e territorio», promuovere la solidarietà e valorizzare «gli investimenti di salute nelle comunità locali». Ciò, in forza della considerazione per cui «la complessità

⁷⁵ P. DAVID, *L'integrazione socio-sanitaria: storia di un principio mai realizzato*, in *Stato e Mercato*, 1989, n. 25, p. 97.

⁷⁶ Tale decreto legislativo è adottato in conseguenza della delega contenuta nella legge n. 421 del 1992 e poi modificato successivamente con il d.lgs. n. 517 del 1993.

di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte tra loro integrate⁷⁷; tuttavia, è solo con il d.lgs. n. 229 del 1999 (adottato in forza della delega contenuta nella legge n. 419 del 1998) che si focalizza l'attenzione sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, nonché sulla necessità di superare gli squilibri territoriali che la caratterizzano (art. 2, co. 2, lett. a). Il d.lgs. n. 229 del 1999, introduce quindi all'art. 3-septies del d.lgs. n. 502 del 1992⁷⁸, una definizione di prestazioni socio-sanitarie: esse sono riferibili a tutte quelle attività atte a soddisfare mediante «percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione». Ai sensi di tale disposizione, le prestazioni socio-sanitarie comprendono: a) *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, cioè le «attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite»; sono, quindi, cure di carattere eminentemente sanitario connesse a patologie in corso; b) *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*, cioè le «attività proprie del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione» condizionanti, solo in minima parte, lo stato di salute; c) *prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria*, cioè le attività caratterizzate da «particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria che attengono, tra le altre cose, a patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative».

Quindi, a esclusione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (in cui la tutela della salute assume carattere del tutto marginale a vantaggio della componente socio-assistenziale), si conferma e si rafforza la responsabilità del Servizio sanitario nazionale rispetto a interventi riguardanti le patologie cronico-degenerative⁷⁹. Contestualmente a tale riforma, la legge n. 328 del 2000, sul versante sociale, stabilisce che «la programmazione degli interventi e dei servizi sociali», connessi, a seconda della differente intensità, a quelli individuati dall'art. 3-septies del d.lgs. n. 502 del 1992, debba realizzarsi in «coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari» (art. 3).

In questo quadro si inserisce, poi, l'approvazione di un Atto d'indirizzo e coordinamento, il D.p.c.m. del 14 febbraio 2001⁸⁰, il quale, precisando che l'assistenza socio-sanitaria è

⁷⁷ F. SCARLATTI, *L'integrazione sociosanitaria: la tutela del diritto alla salute e al benessere tra riforma costituzionale ed esigenze di governance locale*, in E. ROSSI (a cura di), *Diritti di cittadinanza e nuovo welfare della Toscana*, Padova, 2004, pp. 228 ss.

⁷⁸ A. BIANCO, *Commento all'art. 3-septies*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Santarcangelo di Romagna, 2000, pp. 154 ss.

⁷⁹ F. RAGAINI, *Dalla riforma ter ai livelli essenziali di assistenza*, in *Appunti*, 2002, n. 140, p. 2. Altresì cfr. L. DEGANI, R. MOZZANICA, *Integrazione socio-sanitaria. Le ragioni, le regioni, gli interventi*, Santarcangelo di Romagna, 2009. Si veda anche A. SIGNORINI, *Assistenza ospedaliera e SSN nell'Italia della spending review*, Milano, 2013; M. MARCECA, S. CASAGRANDE, A. PASQUARELLA, G. GUASTICCHI (a cura di), *Glossario sul l'assistenza domiciliare*, Roma-Bari, 2006, p. 11.

⁸⁰ E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, cit., p. 695.

prestata «sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali», ne individua le caratteristiche secondo la natura del bisogno – determinata tenendo conto degli aspetti inerenti le funzioni psicofisiche, la natura delle attività del soggetto e le relative limitazioni –, nonché la complessità, l'intensità e la durata dell'intervento assistenziale; tale atto stabilisce poi che le «prestazioni sanitarie a rilevanza sociale» sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali e sono di competenza delle Aziende sanitarie locali e interamente a carico delle stesse, mentre quelle «sociali a rilevanza sanitaria» ricomprendono «gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti»; in ultimo, stabilisce che «gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio», sono di competenza dei Comuni e sono erogate con partecipazione alla spesa – in un ammontare stabilito dagli stessi enti territoriali comunali – da parte dei cittadini.

Con riguardo all'intensità assistenziale, secondo quanto disposto dall'art. 2, comma 2 - e non senza criticità nel raccordo con l'art. 3-*septies* del d.lgs n. 502 del 1992 – essa è stabilita in ragione delle fasi temporali in cui si snoda il progetto personalizzato e si distingue in fase *intensiva*⁸¹, *estensiva*⁸² e di *lungo-assistenza*⁸³. Nelle prime due la durata dell'intervento è definita impegnando lassi temporali brevi o medio prolungati, nella fase di lungo-assistenza non è, invece, possibile circoscrivere l'azione a un arco temporale limitato⁸⁴.

In ultimo, con riferimento alle prestazioni sanitarie da erogare in favore di anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative nelle forme di «lungo-assistenza semiresidenziali o residenziali», l'Atto di indirizzo e coordinamento, individua la partecipazione alla spesa nella misura del 50% del costo complessivo della retta in capo al Servizio sanitario regionale e per il residuo 50% a carico dei Comuni, fatta salva la quota di detta percentuale che la Regione o i Comuni intendano determinare a titolo di compartecipazione degli utenti (rimangono, comunque, in base a tale atto, totalmente a carico del SSN, le prestazioni intensive e quelle a elevata integrazione nella fase estensiva).

In questi termini, in modo non esente da critiche quanto agli effetti che, come si vedrà, si sarebbero successivamente prodotti, si delimitano gli interventi a totale carico sanitario alle sole fasi intensive ed estensive, per poi spostare sul comparto assistenziale, ovvero

⁸¹ Essa comporta un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari.

⁸² Essa comporta una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito.

⁸³ Essa è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e rallentare il suo deterioramento, nonché favorire la vita sociale anche attraverso percorsi educativi.

⁸⁴ R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2010, p. 482.

sui Comuni e sui malati (e le rispettive famiglie), la metà dei costi della fase centrale della cura dei malati cronici: la lungo assistenza.

Gli effetti di questa definizione dell'arco temporale di cura appaiono ancor più evidenti se si tiene conto che, nello stesso decreto, le «prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione», sono riferite, con questo atto, alla sola «fase post-acuta» (art. 3, co. 3), con ciò che può conseguire nella gestione, in caso di assenza di guarigione, dello stato di malattia ormai stabilizzatosi.

In seguito, tale quadro è ulteriormente integrato dalla definizione, da parte del Governo, con D.p.c.m. del 29 novembre del 2001, dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie.

In tale D.p.c.m., nell'allegato 1.C «Area integrazione socio-sanitaria», si esplicita che: «per le singole tipologie erogative di carattere socio-sanitario, sono evidenziate, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale». Definitivamente, quindi, si conferma la differenziazione per cui, accanto alle prestazioni sanitarie in senso stretto, interamente a carico del Servizio sanitario, si collocano – in quanto ricomprese nei LEA e la cui titolarità permane in capo al Servizio Sanitario nazionale – le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale e quelle ad elevata integrazione socio-sanitaria, con una conseguente ripartizione dei costi.

Tale disciplina è abrogata, in ultimo, dal D.p.c.m. n. 15 del 12 gennaio 2017, che come detto aggiorna, in ambito sanitario e socio-sanitario, i LEA, intervenendo in un contesto in cui, già in base al Patto per la salute 2014-2016, si era stabilito che le prestazioni socio-sanitarie dovessero essere effettuate esclusivamente nei limiti delle risorse previste e che, nell'ambito di queste risorse, le stesse Regioni dovessero disciplinare «i principi e gli strumenti per l'integrazione dei servizi e delle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali, particolarmente per le aree della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale adulta e dell'età evolutiva, dell'assistenza ai minori, delle dipendenze [...] nei limiti delle risorse programmate per il Servizio sanitario regionale e per il Sistema dei servizi sociali per le rispettive competenze».

Evidenti sono le differenze di previsione tra il primo D.p.c.m. del 2001 e il secondo del 2017⁸⁵: in primo luogo, la descrizione delle prestazioni da garantire nelle funzioni socio-sanitarie (assistenza domiciliare, semi residenziale e residenziale) come *livelli essenziali* sono estese alle aree materno-infantile, disabili, anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative, dipendenza da droga alcool e farmaci, patologie psichiatriche, patologie per infezione da HIV, pazienti terminali. La compartecipazione al costo

⁸⁵ Li descrivono D. REI, M. MOTTA, *Ricomporre il welfare. Ragionamenti e materiali sulla integrazione socio-sanitaria*, Torino, 2011, p. 90.

delle prestazioni socio-sanitarie, a differenza di quanto previsto dal D.p.c.m. del 2001, riguarda adesso tutti; si amplia, infatti, fino a ricomprendere tutte le categorie di persone non autosufficienti, a prescindere dall'anzianità, colpite da patologie croniche invalidanti o da disabilità grave.

La titolarità delle prestazioni è posta in capo al SSN, mentre si conferma l'imputazione di una parte del costo delle prestazioni a carico dello stesso Servizio sanitario (quota sanitaria) e di una parte (quota sociale) a carico del cittadino, oppure dei Comuni se il cittadino non è in grado di sostenere tali costi. Tra queste prestazioni, nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (art. 30), i trattamenti che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire alle persone non autosufficienti, sono predeterminati nella loro durata e distinti in: 1) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo «di norma»⁸⁶ non è superiore a 60 giorni ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale. Il trattamento è a carico del Servizio Sanitario nazionale; 2) trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale⁸⁷. Essi sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera. Se si tratta di soggetti con disturbi psichiatrici «che richiedono un elevato impegno assistenziale e tutelare» la quota è ridotta al 40%, mentre è del 70% per i «trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali»⁸⁸.

In ultimo, alle Regioni è attribuita la determinazione delle funzioni, nonché dei criteri di erogazione e di finanziamento delle prestazioni socio-sanitarie. La concreta attuazione dei LEA e dell'integrazione socio-sanitaria, dipende, così, in larga parte dalle scelte che i singoli enti regionali decidono di effettuare (con il rischio, quindi, di differenziazioni e di una conseguente tensione strutturale con il principio d'eguaglianza)⁸⁹ e dalle disposizioni attuative conseguenti, spesso di rango secondario⁹⁰.

⁸⁶ Su questo aspetto, si veda quanto disposto dal Consiglio di Stato, con sentenza n. 1858 del 2019.

⁸⁷ Essi sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di ri-orientamento in ambiente protesico e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica e fornitura dei preparati per nutrizione artificiale.

⁸⁸ Le prestazioni di carattere esclusivamente sociale sono attribuite ai Comuni; i servizi sociali comunali, con le proprie competenze professionali, sono quindi chiamati a realizzare offerte integrate.

⁸⁹ C. PINELLI, *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali” (art. 117 co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Diritto Pubblico*, 2002, n. 3, p. 889.

⁹⁰ Emblematica in tal senso è la ricostruzione effettuata da I. MOROSINI, F. MONTEMURRO, A. PETRELLA, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti nelle Regioni italiane*, Torino, Settembre 2016.

Tali nuove disposizioni sono da leggersi, in ultimo, in combinato con quelle relative all'Isee, introdotto con d.lgs. n. 109 del 1998 e riformato con D.p.c.m. n. 159 del 2013. L'Isee è qualificato, ai sensi dell'art. 2 dello stesso D.p.c.m., quale livello essenziale delle prestazioni, che consente la definizione della situazione economica di coloro che richiedono di accedere a prestazioni sociali agevolate. Esso, con riferimento al settore socio-sanitario, all'art. 6 comma 2, prevede che, ai fini della sua determinazione, sia lasciata al beneficiario la possibilità di optare per un nucleo familiare più ristretto, comprendente il coniuge e i figli a carico, mentre per le prestazioni in ambito residenziale a ciclo continuativo, si tiene altresì conto della condizione economica dei figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare.

4. Le distorsioni del sistema socio-sanitario e la mancata tutela dei diritti

Limitarsi alla ricostruzione del quadro normativo, per quanto necessario, non è però sufficiente.

È infatti dall'analisi dei casi concreti, in sede applicativa, quindi, portati nel tempo all'attenzione dei giudici, ordinari e amministrativi, che in modo maggiormente evidente emergono le distorsioni che hanno interessato negli anni il settore dell'integrazione socio-sanitaria.

La previsione di interventi e servizi aventi durata prestabilita (incompatibili con la cronicità delle malattie a cui ci si riferisce), soggetti a una disciplina di presa in carico del malato differita, caratterizzati da rilevanti differenziazioni regionali (e, spesso, anche a livello di singoli Comuni) sia nella disciplina funzionale e organizzativa degli stessi, sia nella destinazione delle risorse, nonché compartecipati dall'utente in base alla situazione economica sua e del proprio nucleo familiare, anche là dove le esigenze di cura – spesso inscindibili da quelle socio-assistenziali – dovrebbero essere imputate alla titolarità e agli oneri del servizio sanitario⁹¹, nei fatti, sono in grado di realizzare un sistema che penalizza, nell'accesso e nella fruizione di tali servizi, le sole persone appartenenti a fasce economicamente e socialmente più fragili⁹² in modo incompatibile con un'effettiva sostenibilità dello Stato sociale e con la garanzia dei diritti fondamentali coinvolti⁹³.

⁹¹ T. VECCHIATO, M. BEZZE, E. INNOCENTI, *Compartecipazione alla spesa sociale dei cittadini e delle istituzioni per le persone non autosufficienti*, in *Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone*, Novembre 2009.

⁹² C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi europei e il caso italiano*, cit., p. 188.

⁹³ F. PALLANTE, *Il Consiglio di Stato: dall'inderogabilità dei diritti (sociali) all'inderogabilità dell'equilibrio di bilancio?*, in *Democrazia e diritto*, 2014, n. 1, pp. 173 ss.

4.1. Fattore temporale ed effettività del diritto alla salute nel contesto dell'integrazione socio-sanitaria

Il fattore temporale riveste un ruolo di fondamentale importanza nella tutela, in primo luogo, del diritto alla salute: da un lato, il tempo intercorrente tra l'emersione del bisogno e la risposta da parte del servizio sanitario e, dall'altro, la continuità nell'erogazione delle prestazioni di cura costituiscono una delle principali modalità attraverso cui misurare, in una prospettiva di uguaglianza, l'effettività della garanzia di tale diritto⁹⁴.

Quanto al primo aspetto, è chiaro che l'accesso alle cure possa essere modulato attraverso la predisposizione di liste d'attesa⁹⁵, da parte dei singoli enti regionali, che consentano di pianificare la gestione delle risorse e stabilire delle priorità⁹⁶. Che esse – e la predisposizione di esse – secondo un criterio di ragionevolezza costituisca elemento integrante la garanzia della salute ben emerge già dal d.P.R. 23 maggio 2003, inerente *l'Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005*, e, negli stessi termini, dal di poco precedente D.p.c.m. 16 aprile 2002, recante le *Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa*; quest'ultimo stabilisce infatti che «il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresentano una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza in materia sanitaria».

Tale principio è stato altresì confermato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 80 del 2007⁹⁷, resa in un conflitto di attribuzione tra enti, sollevato con ricorso della Provincia Autonoma di Bolzano contro la nota del Ministero della Salute del 5 maggio 2005, la nota del direttore generale del Ministero della salute della stessa data e il verbale dei carabinieri del nucleo antisofisticazioni di Trento del 18 maggio 2005: atti, tutti, aventi a oggetto la verifica dei tempi delle liste d'attesa⁹⁸. Pur dichiarando il ricorso non fondato, la Corte ricostruisce il quadro normativo di riferimento e rileva come, in questo particolare ambito dell'organizzazione sanitaria, le liste di attesa siano riconducibili, appunto, all'area dei livelli essenziali di assistenza⁹⁹: alle singole Regioni – dal momento che non sono imposte scansioni temporali uniformi e uguali sull'intero territorio nazionale – è riconosciuta, al

⁹⁴ V. MOLASCHI, *“Livelli essenziali delle prestazioni” e LEA sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito*, in *Foro Amministrativo*: Tar, 2003, p. 504.

⁹⁵ M. DE ANGELIS, *Decisione amministrativa, effettività e prestazione: il caso delle liste d'attesa in sanità*, *Relazione al Convegno annuale Associazione italiana Professori di diritto amministrativo*, 2017, <http://www.diritto-amministrativo.org/index.php?page=38>.

⁹⁶ CGUE, C-372/04, Yvonne Watts c. Bedford Primary Care Trust e Secretary of State for Health, del 16 maggio 2006, paragrafo 62 e ss.. In dottrina si veda c. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, cit., p. 292.

⁹⁷ Sul punto si veda il commento di A. ROVAGNATI, *Dalla Consulta nuove indicazioni sul concorso di competenze dello Stato, delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano?*, *Le Regioni*, 2007, n. 5, pp. 805 ss.

⁹⁸ Corte costituzionale, n. 80 del 2007. Si veda anche A. BUZZANCA, *Tutela urgente alla salute e liste di attesa: aspetti civili, penali e amministrativi*, Milano, 2006.

⁹⁹ Corte costituzionale, sentenza n. 80 del 2007. Il principio è stato riconfermato nella successiva sentenza n. 162 del 2007.

fine di garantire un servizio più efficiente ed efficace, la facoltà di adottare «autonomi e ulteriori meccanismi» di organizzazione delle liste d'attesa e quindi di definire i tempi di presa in carico del malato; ciò, però, entro i limiti minimi previsti a livello nazionale, i quali, a loro volta, non possono non tener conto di elementi ricavabili dal diritto dell'Unione Europea¹⁰⁰ e, in particolar modo, dalle pronunce della Corte di Giustizia; con riferimento al fattore temporale, soprattutto queste ultime consentono di riempire di significato le nozioni di «lasso di tempo normalmente necessario» perché a un paziente siano assicurate prestazioni sanitarie nel proprio Stato di residenza, nonché di «indebito ritardo» nell'erogazione delle stesse.

Per quanto in un ambito applicativo differente – quello in cui si muove l'Unione europea riguarda l'autorizzazione alle cure transfrontaliere¹⁰¹ prevista dal Regolamento 1408/1971/CEE¹⁰², poi sostituito dai Regolamenti 883/2004/CE e 987/2009/CE – i concetti così definiti possono essere utilmente impiegati al fine di valutare la ragionevolezza dei tempi che i malati (qualunque sia la malattia che li affligge, acuta o cronica) sono costretti ad attendere prima di accedere a prestazioni che il servizio sanitario è al contrario tenuto a eseguire. Il riferimento giurisprudenziale più significativo, a tal riguardo, se pur risalente, è dato dalla sentenza C-372/04, *Yvonne Watts c. Bedford Primary Care Trust e Secretary of State for Health*, del 16 maggio 2006¹⁰³, concernente il ricorso in via pregiudiziale sollevato da una Corte britannica, in merito alla richiesta di una paziente inglese di ottenere il rimborso di spese mediche sostenute in Francia e relative a prestazioni sanitarie richieste al dichiarato fine di “aggirare” la lista d'attesa del proprio servizio sanitario. In quella occasione¹⁰⁴, il

¹⁰⁰ Corte costituzionale, sentenza n. 80 del 2007.

¹⁰¹ A tale normativa si aggiunga altresì la direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera.

¹⁰² Secondo l'art. 36 Regolamento 1408/1971/CEE: «1. Le prestazioni in natura erogate dall'istituzione di uno Stato membro per conto dell'istituzione di un altro Stato membro, in base alle disposizioni del presente capitolo, danno luogo a rimborso integrale. 2. I rimborsi di cui al paragrafo 1 sono determinati ed effettuati secondo le modalità stabilite dal regolamento di applicazione di cui all'articolo 98 o previa giustificazione delle spese effettivamente sostenute oppure su base forfettaria. In quest'ultimo caso gli importi devono essere tali da assicurare un rimborso che s'avvicini il più possibile alle spese effettive. 3. Due o più Stati membri o le autorità competenti di questi Stati possono prevedere altre modalità di rimborso oppure rinunciare ad ogni rimborso fra le istituzioni rientranti nella loro sfera di competenza».

¹⁰³ J. MCHALE, *Framing a Right to Treatment in English Law? Watts in retrospective*, in *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 2007, n. 14, p. 279; E. ADOBATI, *La Corte di giustizia precisa che per le cure prestate in un altro Stato membro sono rimborsabili solo le spese sostenute in ospedale e non quelle per il trasferimento e il soggiorno*, in *Diritto comunitario e degli scambi internazionali*, 2006, p. 524; G. DAVIES, *The effect of Mrs. Watts' Trip to France on the National Health Service*, in *King's Law Journal*, 2007, pp. 158 ss., il quale evidenzia come la Corte, nell'interpretare la nozione di «indebito ritardo», adotti un approccio basato sul paziente e sui suoi bisogni.

¹⁰⁴ Altre pronunce in materia sono rinvenibili nella sentenza, di poco precedente, C-56/01, *Inizan*, 23 ottobre 2003, con commento di S. ANTONIAZZI, *Sistema sanitario nazionale e principio comunitario di libera prestazione di servizi: la scelta dell'utente per prestazioni mediche erogate in un diverso paese membro, subordinata alla necessaria autorizzazione amministrativa dello stato membro di appartenenza per il rimborso delle spese sostenute*, Nota a *CGCE 13 maggio 2003 (causa C-385/99) e CGCE 23 ottobre 2003 (causa C-56/01)*, in *Rivista Italiana di Diritto Pubblico Comunitario*, 2004, n. 2, p. 603-631, ma anche nella pronuncia C-268/13, *Petru*, del 9 ottobre 2014, per un commento della quale si veda L. BUSATTA, *Nota alla sentenza C-268/13 Petru, Corte di Giustizia dell'Unione europea (Terza sezione), 9 ottobre 2014*.

giudice europeo interpreta la nozione di «tempo di attesa ragionevole», affermando che esso «non deve eccedere un termine accettabile, da definirsi caso per caso, tenendo conto di una valutazione medica obiettiva, dei bisogni dell’interessato alla luce della sua situazione clinica, della sua anamnesi, del probabile decorso della malattia, dell’intensità del suo dolore e/o della natura della sua infermità al momento in cui la richiesta è sollecitata»¹⁰⁵. L’attenzione, quindi, secondo il giudice europeo, è da porsi integralmente alla condizione soggettiva specifica del paziente.

Definite, così, le coordinate attraverso cui valutare se il tempo necessario per accedere a una prestazione sanitaria sia ragionevole o meno, esse possono essere applicate a ogni attività che il Servizio sanitario è tenuto a garantire¹⁰⁶ e, tra queste, anche a quelle più prettamente socio-sanitarie, dirette sovente, come visto, nei confronti di malati affetti da patologie croniche che presentano, all’esito della fase acuta, esigenze di cura indifferibili¹⁰⁷. Ciononostante, soprattutto le diverse legislazioni regionali sembrano non tenerne conto: significativo esempio delle distorsioni che possono venirsi a creare – fino a comportare, nei casi più gravi, la negazione dello stesso diritto alla salute, prima ancora di quello all’assistenza – è quanto previsto ancora oggi dalla Regione Piemonte, la quale, con riferimento alle modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente, individua a priori una griglia temporale per l’accesso alle prestazioni di assistenza residenziale, nei casi in cui quella domiciliare non sia praticabile.

Con la D.G.R. 25 giugno 2013, n. 14-5999 – recante *Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente*, a seguito di pronuncia del TAR Piemonte (n. 141/2013) contro l’istituzione di liste di attesa per la presa in carico dell’anziano, previste nell’Allegato 6 della DGR 45-4248 del 30.07.2012 – la Regione stabilisce infatti classi di priorità nell’accesso alle prestazioni, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale¹⁰⁸. L’analisi della condizione del soggetto che presenta ri-

Carenze sanitarie e mobilità transfrontaliere: si allarga il diritto europeo alla salute, in *DPCE online*, 2015, n. 1 e in generale D. MORANA (a cura di), *L’assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un Welfare State europeo?*, Napoli, 2018.

¹⁰⁵ CGUE C-372/04, Yvonne Watts c. Bedford Primary Care Trust e Secretary of State for Health, del 16 maggio 2006.

¹⁰⁶ Già prima del Covid, a livello sanitario, la Corte dei Conti, nel rapporto 2020 sul Coordinamento della Finanza Pubblica, ha evidenziato un peggioramento della situazione nel 2018 rispetto al 2016. Nel 2019, poi, è stato approvato un Piano nazionale di governo delle liste d’attesa, a oggi essenzialmente disatteso a causa delle conseguenze della pandemia da Covid-19 sulle prestazioni elettive. Da ultimo, non può non farsi riferimento al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, siglato con l’Intesa Stato-Regioni il 21 febbraio 2019, consultabile sul sito istituzionale del Ministero della Salute e la cui attuazione risulta ancora più urgente in seguito al critico ulteriore allungamento dei tempi d’attesa per le prestazioni sanitarie. Per un commento di veda AA.VV. *Liste e tempi di attesa in sanità Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Milano, 2022.

¹⁰⁷ Così i pareri del Consiglio dell’Ordine dei Medici di Torino e Provincia, del 6 luglio 2015 e del 5 ottobre 2017; in questo ultimo caso, il Consiglio dell’ordine dei Medici, chiamato a chiarire il concetto di indifferibilità delle cure, afferma come sia da considerare indifferibile «ogni situazione che non ammette dilazioni di tempo, in quanto ogni rinvio potrebbe determinare un danno con rapporto causale diretto ed esclusivo».

¹⁰⁸ Peraltro, attribuire pari dignità valutativa agli indicatori clinici e a quelli sociali, rischia di subordinare, nei fatti, la fruizione della quota sanitaria riferita al ricovero dell’anziano non autosufficiente a una situazione di bisogno sociale. Cfr. sul punto Tribunale di Torino, Sez. Lavoro, sentenza n. 1592 del 2018.

chiesta di intervento di sostegno da parte della rete dei servizi socio-sanitari (a partire da un'impegnativa del proprio medico di base che ne riconosce la non autosufficienza) può condurre, infatti, al suo inserimento nella categoria dei *differibili*, dei *non urgenti* o degli *urgenti*. Per i primi (differibili) non è previsto un tempo di risposta, ma solo un monitoraggio periodico; per i secondi (non urgenti) è previsto un tempo di risposta di un anno dalla valutazione; per i terzi (urgenti) è previsto un tempo di risposta di 90 giorni dalla valutazione. Dunque, anche nel caso più grave (anziano totalmente dipendente da presidi sanitari, indigente e privo di rete familiare), non c'è alcuna garanzia che la presa in carico avvenga prima di tre mesi dalla valutazione, con esiti, spesso, infausti¹⁰⁹.

Sono tempistiche, queste, che, introducendo, in violazione del principio di continuità assistenziale, uno iato tra le diverse fasi che compongono la presa in carico del non autosufficiente, aprono a una situazione complessiva denotata da carenze sul piano della garanzia dell'assistenza socio-sanitaria e finanche esclusivamente sanitaria.

Il fattore temporale, quale riferimento essenziale per valutare l'effettività dell'accesso alle prestazioni di cui il Servizio sanitario è tenuto a farsi carico, rileva però non solo con riferimento alle tempistiche di presa in carico del malato, ma viene in considerazione, altresì, correlativamente, in relazione a quelle disposizioni, contenute nel D.p.c.m. n. 15 del 12 gennaio 2017 (di revisione dei LEA), che definiscono, in modo automatico, un termine predefinito decorso il quale viene meno l'obbligo, da parte dello stesso servizio pubblico, all'erogazione della prestazione sanitaria (a totale carico del SSN) e si attribuisce rilevanza, anche in assenza di modificazioni della condizione soggettiva del paziente, alla componente assistenziale.

Ai sensi dell'art. 2 della legge 833 del 1978, si è più volte ricordato, il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», in un'ottica di continuità assistenziale; tuttavia, proprio sulla prospettiva della durata e sulla possibilità di predeterminarla in maniera uniforme (distinguendo le fase intensive, estensive e di lungo-assistenza con la definizione dei conseguenti costi di ricovero), senza considerare il singolo caso concreto, si è pronunciato il Consiglio di Stato, in una sentenza, la n. 1858 del 2019, con cui ha annullato tale D.p.c.m. nelle parti in cui prevedeva un limite, automaticamente stabilito, alla durata di ogni trattamento sanitario. Si afferma, infatti, in tale pronuncia, che il tempo di cura non può che essere stimato sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito e di una specifica valutazione multidimensionale; pertanto, ove permangano le esigenze di trattamento, gli oneri dovranno restare a carico del SSN, dal momento che, ai fini del riparto di costi e funzioni, rilevano le terapie necessarie alla cura e non i tempi che occorrono per effettuarle. La fissazione di una durata prestabilita per ciascuna delle fasi in cui si articola il tratta-

¹⁰⁹ Tar Piemonte, sentenza n. 199 del 2014. Per un commento Cfr. F. PALLANTE, *Il Consiglio di Stato: dall'inderogabilità dei diritti (sociali) all'inderogabilità dell'equilibrio di bilancio?*, in *Democrazia e Diritto*, 2014, n. 1, pp. 175-189. Si veda altresì la già citata Corte Costituzionale, n. 80 del 2007.

to terapeutico riflette, in via generale, l'idea di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per successivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza. In tale ottica, la scansione di fasi a maggiore o minore intensità assistenziale non appare, di per sé, né irragionevole né illogica. Tuttavia, lo diventa nel momento in cui tale schema operativo è ancorato a previsioni rigide, che, per effetto del maturare delle scadenze temporali, modificano, in via automatica, il livello di intensità assistenziale in atto (e i relativi costi), senza ammettere, in ragione degli specifici bisogni del paziente, valutati in concreto, deroghe o eccezioni al «protocollo terapeutico standard». Eppure, nonostante tale pronuncia e i principi ivi sanciti, di nuovo la Regione Piemonte, con D.G.R. del 28 giugno 2022 n. 1-5265, al momento oggetto di impugnazione innanzi al Tar Piemonte¹¹⁰, relativa all'approvazione del *Percorso protetto di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti [...] dimessi da strutture ospedaliere e di post acuzie*, al punto 4, nel confermare, all'esito del percorso, il sistema di valutazione di cui alla D.G.R. 25 giugno 2013, n. 14-5999 di cui si è detto, continua a stabilire che «il percorso potrà avere una durata massima di 30 gg estendibili a 60 gg qualora non vi siano le condizioni oggettive di dimissibilità. A partire dal 31esimo giorno dall'entrata in struttura [...] sarà applicata la quota di compartecipazione a carico dell'utente o del servizio sociale». Di nuovo, anche in assenza di una modificazione della condizione clinica del paziente, si introduce un automatismo che attribuisce rilevanza alla componente assistenziale (con conseguente imputazione dei costi) anche là dove quest'ultima continui a essere assorbita dalla necessariamente prevalente prestazione sanitaria. Con il rischio che, in questi casi, il malato (e la sua famiglia) sia costretto a rinunciare all'erogazione di entrambi i servizi. Sono ipotesi, queste, in cui le «esigenze dei casi valgono più della volontà normativa e possono, così, invalidarla»¹¹¹: coloro i quali accedono al settore dell'integrazione socio-sanitaria sono persone colpite da malattie praticamente mai avviate verso un percorso di recupero e invece indirizzate a un decadimento progressivo delle condizioni sanitarie; come tali, necessitano di tutela continua, in ottemperanza a quell'universalismo e solidarietà – in condizioni di uguaglianza – che, ai sensi dell'art. 32 della Costituzione e della legge n. 833 del 1978, dovrebbero informare ogni servizio connesso in primo luogo alla salute della persona.

4.2. Riparto dei costi nel settore socio-sanitario: regioni, comuni e utenti

Oltre al fattore temporale, ulteriore elemento da tenere in considerazione al fine di mettere in luce le criticità che interessano oggi il settore dell'integrazione socio-sanitaria è quello

¹¹⁰ Con ricorso promosso dalla Fondazione promozione sociale, dall'Associazione Alzheimer Piemonte e dall'Associazione amici parkinsoniani Piemonte.

¹¹¹ G. ZAGREBELSKY, *Il diritto mite*, Torino, 1992, p. 18.

del riparto di competenze – e conseguentemente di costi – tra amministrazioni regionali (cui compete la quota sanitaria e i servizi a essa connessa) e comuni – o assistiti – (cui è imputata la quota sociale, secondo modalità differenziate in base alla situazione reddituale degli utenti).

Quanto al primo aspetto (il riparto di competenze e costi tra servizi sanitari regionali e comuni) si è registrata negli anni una conflittualità crescente derivante dalla tendenza a trasferire funzioni proprie del settore sanitario nel comparto socio-assistenziale. Tale conflittualità è stata risolta (anche se non definitivamente, stante il persistere, nelle varie realtà, di tali situazioni) in sede giurisprudenziale¹¹². Si è affermato infatti il principio per cui, ogni qual volta siano erogate prestazioni sociali e sanitarie e queste ultime, intese come qualunque trattamento, anche solo farmacologico, volto «al contenimento di esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite o acquisite»¹¹³, risultano prevalenti e/o inscindibili rispetto alle prime, la garanzia di prestazioni e costi è da imputarsi in via esclusiva al servizio sanitario.

La globalità della tutela della salute non si esaurisce infatti nelle tradizionali triadi «promozione, mantenimento, recupero della salute fisica e psichica», ai sensi dell'art. 1, della legge n. 833 del 1978, o «prevenzione, cura e riabilitazione» ai sensi dell'art. 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, ma esprime una concezione onnicomprensiva della stessa che si estende alla dimensione sociale, senza poter da questa essere assorbita¹¹⁴. Si ribadisce, in questo senso, in tali pronunce, la prioritaria necessità di garantire il nucleo irriducibile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana¹¹⁵, nonché il principio affermato, in linea generale, dalla legge n. 833 del 1978, che prevede l'erogazione gratuita delle prestazioni rientranti nei LEA, da parte del Servizio sanitario, nei confronti di tutti i cittadini¹¹⁶. L'obiettivo, in altri termini, è quello di evitare che il malato possa essere sottratto a quelle forme di garanzia più ampie e strutturate che denotano la protezione della salute e l'organizzazione dei servizi a ciò preposte, incrementando i casi

¹¹² Cass. civ., n. 14774 del 2019. Si vedano altresì le seguenti sentenze: Cass., Sez. un., n. 1003 del 1993; Cass. civ. n. 10150 del 1996; Cass. civ. n. 8436 del 1998; Consiglio di Stato, n. 3377 del 2003; Consiglio di Stato, n. 7766 del 2004; Consiglio di Stato, n. 4695 del 2006; Tar Emilia-Romagna, n. 176 del 2008; Tar Piemonte, n. 2101 del 2010; Tribunale di Verona n. 689 del 2016; Tribunale di Milano n. 11616 del 2016; Cass. Sez. lav. n. 22776 del 2016; Cass. civ., n. 28321 del 2017; Cass. civ., n. 27452 e 31949 del 2018 e n. 29334 del 2019. Particolarmente rilevante è Cass. civ. n. 4458 del 2012, con la quale è stato riconosciuto che nel caso di degenti affetti da Alzheimer non è mai possibile distinguere i costi della cura da quelli per l'assistenza: per cui deve essere garantita l'intera copertura dei costi a carico del Fondo sanitario nazionale. Cfr. in dottrina M. CONSIDO, *La sanitarizzazione delle prestazioni di servizio sociale attribuite in via principale alle aziende sanitarie*, in R. CAVALLO PERIN, L. LENTI, G.M. RACCA, A. ROSSI (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010, p. 64-69 e A. CANDIDO, *Linee Guida per una riforma della non autosufficienza: vincoli costituzionali e modelli di tutela*, in *Federalismi.it*, 2 settembre 2015.

¹¹³ Tar Emilia-Romagna, n. 176 del 2008.

¹¹⁴ V. MOLASCHI, *Integrazione socio-sanitaria e Covid-19: alcuni spunti di riflessione*, in *Il Piemonte delle autonomie*, 2020, n. 2.

¹¹⁵ Corte costituzionale, n. 455 del 1990; 267 del 1998; 309 del 1999; 509 del 2000; 252 del 2001; 432 del 2005.

¹¹⁶ Tar. Piemonte, n. 157 del 2015.

di rinuncia alle cure da parte di chi non sia in grado di sostenere costi (indebitamente) imputati per prestazioni che al contrario dovrebbero essere assicurate.

Quanto al secondo aspetto (il riparto di costi tra comuni e assistiti con riferimento alla componente assistenziale) ad essere chiamata in causa è in primo luogo la competenza delle regioni, in attuazione dei livelli essenziali¹¹⁷, a definire la soglia reddituale Isee oltre la quale le spese sociali, per la sola componente assistenziale, sono a esclusivo carico del cittadino.

Se, però, ad esempio, la Regione Abruzzo¹¹⁸ stabilisce una soglia ISEE pari a 36.000 euro, la Regione Piemonte¹¹⁹ una di 32.000 euro, mentre la Regione Lazio¹²⁰ una di 20.000 euro¹²¹, appare evidente come tale sistema partecipato, così diversificato a livello regionale, si stia risolvendo nella creazione di un complesso di irragionevoli differenziazioni tra chi, nelle medesime condizioni di bisogno, voglia accedere ai medesimi servizi.

Ancora, oggetto di attenzione (e di censura, soprattutto da parte della giurisprudenza amministrativa) sono poi i criteri, definiti a livello comunale, con cui le quote sociali delle prestazioni socio-sanitarie sono imputate agli utenti.

La Regione Sicilia, ad esempio, con decreto dell'assessorato regionale sanità del 24 maggio 2010¹²², recante *Indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per i soggetti fragili*, all'allegato 10, aveva indicato la quota fissa ed unica del 50% del costo ad esclusivo carico dell'utente, indipendentemente dalla situazione economica e dalla capacità contributiva del singolo, senza nulla prevedere con riguardo alla percentuale dovuta dall'ente comunale. Qualora le risorse di quest'ultimo fossero state insufficienti, si legittimava, così, la possibilità, per le diverse strutture che prestano servizi in regime residenziale o semi-residenziale, di rivalersi nei confronti dei familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi dell'art. 433 del codice civile¹²³. Tale decreto è stato annullato

¹¹⁷ V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella sanità*, V. CAPUTI JAMBRENGHI, *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, FRANCESCO MANGANARO, A. ROMANO TASSONE e F. SAITTA, *Atti del Convegno di Copanello*, Torino, 2006, p. 35.

¹¹⁸ Ai sensi del decreto del 5 agosto 2015, recante *Linee Guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni sociosanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015*, come modificato senza intervenire sul punto qui di interesse, dal Decreto n. 1/REG del 23 marzo 2016, pubblicato sul Bur della Regione Abruzzo del 13 aprile 2016, n. 14.

¹¹⁹ All'allegato A della D.D. n. 381 del 30/06/2016.

¹²⁰ Con DCA n. 562 del 2015 su cui ha inciso la modifica apportata con d.l. n. 42 del 29 marzo 2016 e successivamente con l.r. n. 12 del 27 luglio 2016.

¹²¹ Per un commento R. ALFARANO, *Aspetti problematici sugli oneri di compartecipazione degli utenti ai costi per i servizi socio-sanitari*, in *Diritto e salute*, 2017, n. 1, p. 48 e 60 ss. Tale disposizione modifica la normativa previgente prevista dalla DGR Lazio n. 933 del 2014, che stabiliva una soglia ISEE di accesso alle prestazioni di 13.000 euro.

¹²² GURS 25/6/2010 n. 29.

¹²³ A tal fine si consideri peraltro che la disciplina di rivalsa sui parenti, introdotta con l. n. 1580 del 1931, per le spese di ospedalità o manicomiali è stata espressamente abrogata dall'art. 24 del dl 112 del 2008. Tali clausole di rivalsa, nella parte in cui abbiano a oggetto il corrispettivo per prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, sono nulle in quanto prive di causa. Si vedano le seguenti sentenze: Cass., Sez. lav., n. 17423 del 2007; Cass. civ., n. 10574 del 2007; Cass. civ., n. 10490 del 2006; Cass. civ., n. 23941 del 2009.

dal Tar Palermo in due pronunce successive, le n. 02509 e n. 2510 del 2012, rilevando come, non solo «l'Assessorato regionale della Sanità avesse impropriamente provveduto a disciplinare non la propria quota (sanitaria), ma la quota di compartecipazione comunale (in danno degli utenti), esercitando un potere al di fuori dei limiti soggettivi posti dai D.p.c.m. del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001», ma anche come gli enti territoriali non possano, in alcuna circostanza, e al fine di non compartecipare alla spesa, eludere o modificare la normativa sull'Isee, adducendo, come giustificazione, la scarsità di risorse¹²⁴. A tale ultimo riguardo, il medesimo principio di inderogabilità della normativa sull'Isee è ribadito più di recente sia in una pronuncia del Tar Marche, la n. 427 del 2018, che accoglie il ricorso dei familiari di una persona ricoverata presso una residenza protetta psichiatrica, intentato nei confronti del Comune di Ascoli Piceno, che si era rifiutato di integrare la retta con la motivazione della mancanza di risorse: tale possibilità era prevista dall'art. 40 comma 3 del *Regolamento di Sistema Integrato dei Servizi Sociali comunale*, il quale, escludendo illegittimamente a priori la compartecipazione dell'ente locale, prevedeva il coinvolgimento, in caso di insufficienti risorse dell'utente, dei parenti, indipendentemente dal fatto che questi rientrassero o meno nel nucleo di riferimento ai sensi della normativa Isee¹²⁵; sia nella più recente sentenza n. 682 del 2022 del Tar Veneto. In tale occasione, i giudici amministrativi, dichiarano illegittima la modalità con cui il Comune di Lonigo aveva determinato la quota di partecipazione al costo per la fruizione di un servizio socio-sanitario residenziale a carico di una persona con disabilità maggiorenne residente nel medesimo Comune, adottando criteri «evidentemente estranei all'Isee e in contrasto con il quadro normativo nazionale e internazionale di riferimento»¹²⁶.

In questi casi, l'accertamento della condizione economica, necessario al fine di ridefinire le soglie di accesso e graduazione della compartecipazione, da strumento di perequazione aveva finito per trasformarsi in presupposto di chiusura del sistema pubblico, con l'esito paradossale sia di ridurre significativamente (e spesso arbitrariamente) i soggetti beneficiari, sia «di rendere l'accesso ai servizi sociali fattore scatenante di cadute in povertà»¹²⁷.

Gli esempi fatti sono pochi, certamente non esaustivi e apparentemente eterogenei.

Tuttavia, il trasferimento di competenze dal settore sanitario a quello sociale, la relativa suddivisione di spese, nonché la ripartizione della quota sociale tra utente e comune sono tutti elementi da tenere in considerazione per le ricadute che assumono rispetto a chi

¹²⁴ In conseguenza di tali pronunce è intervenuto il Decreto dell'Assessorato regionale alla sanità del 25 gennaio 2013, relativo alla modifica dell'All. 10.

¹²⁵ Peraltro tale regolamento si poneva altresì in deroga a quanto previsto dalla stessa legge della Regione Marche n. 32 del 2014 in materia di *Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia*.

¹²⁶ Tar Veneto, sentenza n. 682 del 2022, che richiama le pronunce, della medesima sezione, n. 18 del 2021; n. 10 del 2021; n. 762 del 2020; n. 682 del 2020; n. 4 del 2020; n. 303 del 2019, n. 611 del 2021; n. 1008 del 2021, nonché il Consiglio di Stato, sez. III, n. 6708 del 2018 e n. 1505 del 2020.

¹²⁷ M. BEZZE, E. INNOCENTI, T. VECCHIATO, *Compartecipazione alla spesa sociale dei cittadini e delle istituzioni per le persone non autosufficienti*, cit., p. 122.

debba accedere alle prestazioni e per il rischio, che essi determinano, di far dipendere il rapporto pubblicistico (in termini di doverosa erogazione di una prestazione a garanzia di un diritto fondamentale) dal risparmio privato e dalla contrattazione privata, in evidente violazione tanto dell’art. 38, quanto dell’articolo 32 della Costituzione¹²⁸.

5. Riflessioni conclusive e prospettive di riforma

Sin dall’approvazione del Piano sanitario nazionale 1994-1996 appariva evidente la consapevolezza secondo cui una parte della domanda di salute e di assistenza che proviene dalla collettività si riferisce a bisogni «che richiedono necessariamente che la tutela di essa sia organizzata in modo tale da garantire l’integrazione dei tre specifici ambiti di intervento interessati: sanitario, socio sanitario integrato, assistenziale», da modularsi diversamente a seconda delle esigenze specifiche mostrate della persona, così aumentando le garanzie nei suoi confronti.

Tuttavia, dal momento che è nel contesto materiale dei rapporti politici, sociali ed economici che devono misurarsi le capacità, da parte di un ordinamento, di dare risposta agli interrogativi «suscitati dalle aspettative costituzionalmente tutelate», verificando l’adeguatezza dello strumentario predisposto per affrontarli¹²⁹, appare evidente come l’Italia non sia riuscita a colmare le differenze che la separano dal resto degli altri Paesi facenti parti dell’Unione europea in merito all’offerta di servizi e strutture in grado di rispondere alle esigenze proprie dei malati cronici e non autosufficienti¹³⁰: il risultato, oggi, sembra essere il fallimento di un sistema che, soprattutto a livello locale, mostra carenze e disfunzioni, fino a pervenire, in alcune situazioni, alla negazione di diritti fondamentali astrattamente riconosciuti.

In questo quadro, la pandemia da Covid-19 ha esacerbato le problematiche e le difficoltà descritte, in danno ai soggetti più fragili, ponendo l’ordinamento di fronte a nuove sfide: da un lato, è noto come la diffusione del virus abbia colpito, in modo tragico e in percentuale maggiore, anziani, persone affette da patologie croniche e malati ospitati presso strutture residenziali e socio-sanitarie¹³¹. Dall’altro, nel 2021, come si evince dal *XXI Rap-*

¹²⁸ Tribunale di Padova, sentenza n. 560 del 2018, ma altresì *ex multis*, sentenze Consiglio di Stato n. 501 del 2011; Consiglio di Stato n. 1607 del 2011; Corte d’Appello di Firenze n. 207 del 2015.

¹²⁹ B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, n. 1, p. 44.

¹³⁰ Così il *Documento conclusivo dell’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, 2018, con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, si veda p. 62.

¹³¹ Le stime elaborate dall’Istituto superiore di Sanità del maggio 2020 hanno mostrato una sensibile variazione della percentuale di risultati positivi al virus, con maggiore frequenza, però, in Lombardia, Veneto, Toscana, Emilia Romagna e Piemonte, numeri che risentono sicuramente della diversa “geografia” del virus, ma anche delle politiche adottate da ciascuna regione, Asl o distretto sanitario, specialmente per quanto riguarda le indicazioni di eseguire test e tamponi. Sul punto, si veda il Report finale, aggiornato al 5 maggio 2020, del *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle*

porto della Caritas sulla povertà e l'esclusione sociale, la povertà assoluta, anche conseguente alla crisi economica che dalla pandemia è derivata, ha confermato i propri massimi storici, arrivando a riguardare il 9,4% della popolazione residente.

Tali dati, poi, al fine di comprendere pienamente la complessità del quadro che qui interessa, devono essere combinati sia con quelli che emergono dal *Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità* redatto e presentato dalla Commissione Igiene e sanità del Senato, nel 2018, secondo cui l'Italia è il paese dell'area Ocse con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili, con il supporto dei figli – nell'89% dei casi – o delle “badanti” – nel 60% - con il conseguente spostamento sulla famiglia della garanzia di una serie di prestazioni di cura e assistenza che il servizio pubblico, al contrario, dovrebbe garantire¹³²; sia con quelli relativi all'impatto della crisi finanziaria sul Servizio sanitario nazionale e sui bilanci dei diversi enti locali¹³³, che ha portato ad allargare il differenziale tra il fabbisogno stimato per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale e la reale disponibilità di risorse messe a disposizione al fine di garantire effettività ai diritti fondamentali coinvolti, sempre più costituenti il limite entro cui programmare servizi e prestazioni. Il Fondo sanitario nazionale, in un contesto di tendenziale aumento della compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (in termini di costi individuali, attraverso il ticket, introdotto la prima volta con d.l. n. 89 del 1989) ha visto una progressiva riduzione della spesa in tale settore¹³⁴: con l'esclusione di quanto avvenuto durante la pandemia da Covid-19 e dei finanziamenti,

strutture residenziali e sociosanitarie, curato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Oggetto di giudizi fortemente critici è stata altresì la scelta di alcune regioni, tra cui il Piemonte, con D.g.r. Piemonte 20 marzo 2020, n. 14-1150, pubblicata il 10 aprile, recante *Misure emergenziali per far fronte all'epidemia Covid 19. Modalità di attivazione di posti letto in Rsa autorizzate o accreditate. Integrazione alla D.g.r. n. 12-1124 del 13 marzo 2020* e la Lombardia con la D.g.r. 8 marzo 2020, n. XI/2906, recante *Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid-19*, di allentare la pressione sulle strutture pubbliche reperendo posti letto in Rsa sia per pazienti non affetti da Covid-19 sia – ed è questo l'aspetto di maggiore problematicità per gli effetti che ne sono derivati – per pazienti Covid positivi.

¹³² Dal Rapporto Censis 2017 si ricava che «ben il 51,4% delle famiglie con una persona non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico». Il rapporto Istat 2018, invece, fa emergere un numero di 2 milioni e 827 mila familiari svolgono la funzione di caregiver rispetto a malati non autosufficienti. Per un commento si veda G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, *Il presente e il futuro del settore Long Term Care: cantieri aperti. Quarto rapporto Long Term Care*, Milano, 2022, 71. Tali dati sono altresì confermati dal Report della Commissione europea, *Growing old in Europe: two new reports shed light on long-term care and pensions across the EU*, relative a dati acquisiti nel periodo 2017-2021.

¹³³ Negli anni, 10 Regioni sono state sottoposte a piani di rientro (che dovevano contenere sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli essenziali di assistenza per renderle conformi con la programmazione nazionale, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario): Lazio e Liguria (con accordo siglato il 28 febbraio 2007); Abruzzo (con accordo siglato il 6 marzo 2007); Campania (con accordo siglato il 13 marzo 2007); Molise (con accordo siglato il 27 marzo 2007); Sicilia e Sardegna (con accordo siglato il 31 luglio 2007); Calabria (con accordo siglato il 17 dicembre 2009); Piemonte (con accordo siglato il 29 luglio 2010) e Puglia (con accordo siglato il 29 novembre 2010).

¹³⁴ Ha raggiunto il culmine nel periodo 2010-2019 come sottolineato dal REPORT OSSERVATORIO GIMBE, *Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, 2019, n. 7.

in previsione, destinati alla missione 6 del PNRR¹³⁵, la diminuzione della spesa sanitaria è stata infatti sempre proporzionalmente maggiore della riduzione della spesa corrente primaria; in tal senso, nonostante gli stanziamenti previsti per i prossimi anni, si stima che comunque l'incidenza del finanziamento del Sistema sanitario nazionale scenderà al 6,2% del Pil nel 2024, mentre era pari al 6,6% nel 2010¹³⁶.

Alla luce di ciò, chiaramente non si sottovaluta la portata e non si può che guardare con favore, per il tema che qui interessa, alle ingenti erogazioni di risorse previste, prima della pandemia, dalla legge di bilancio 2020 (legge n. 160 del 2019) che costituisce un *Fondo disabilità e non autosufficienza* allocandovi, complessivamente 800 milioni di euro per il triennio 2021-2023; durante la pandemia, dal d.l. 34 del 2020, il c.d. *Decreto rilancio*, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 77 del 2020; e, oggi, dalle Missioni 5, *Inclusione e coesione*, e 6, *Salute*, del PNRR. Soprattutto quest'ultimo, con riferimento all'integrazione socio-sanitaria, manifesta come «gli investimenti previsti, [abbiano] l'obiettivo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità e domiciliari al fine di garantire un'assistenza sanitaria più vicina ai soggetti più fragili, come gli anziani non autosufficienti, riducendo così la necessità di istituzionalizzarli, ma garantendogli tutte le cure necessarie in un contesto autonomo e socialmente adeguato»¹³⁷.

Tuttavia, ciò, da un lato, non è in alcun modo sufficiente; dall'altro, non sembra muoversi nella direzione più coerente con un'effettiva attuazione dei diritti fondamentali coinvolti, né con una loro reale integrazione.

Per superare le inefficienze evidenziate, ancora di più alla luce del processo di regionalismo differenziato in corso e che coinvolgerà anche la tutela della salute¹³⁸, è infatti necessario ripensare il modo in cui sono oggi intese la realizzazione e le relative modalità di finanziamento dei servizi e delle prestazioni che attengono al settore socio-sanitario.

In questa direzione non sembrano andare né il *Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024*¹³⁹, strumento programmatico promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che definisce, tra le altre cose, gli stanziamenti relativi al Fondo nazionale per la non autosufficienza né l'approvazione, il 10 ottobre 2022, da parte del Governo, del disegno di legge delega sulla non autosufficienza¹⁴⁰.

Lungi dal determinare una reale integrazione tra bisogni di assistenza e bisogni di salute, il primo sembra accelerare lo spostamento, già da tempo come visto in atto, dei malati non

¹³⁵ Con riferimento alle Missioni 6 del PNRR si prevede uno stanziamento complessivo di 20,23 miliardi di euro e la legge di bilancio 2022 prevede un aumento del trasferimento di risorse di due miliardi l'anno.

¹³⁶ 56esimo Rapporto Censis, *La società italiana nel 2022*, dicembre 2022, p. 15.

¹³⁷ *Piano nazionale di ripresa e resilienza*, p. 40.

¹³⁸ Il 16 Novembre 2022 è stata presentata in Conferenza Stato-Regioni dal Ministro Calderoli una bozza di riforma che sembra voler accelerare il percorso di decentramento di diverse competenze.

¹³⁹ Approvato con D.p.c.m. 3 ottobre 2022, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 294 del 17 dicembre 2022.

¹⁴⁰ Esso, ottenuto il parere della Conferenza Unificata e adottato in via definitiva dal Governo, dovrà essere approvato, con eventuali modifiche, dal Parlamento, secondo quanto previsto dal PNRR, entro il marzo 2023.

autosufficienti dal settore sanitario (o socio-sanitario) a quello esclusivamente assistenziale, il quale, come visto, per le sue caratteristiche, non può assicurare a tali malati servizi gratuiti e adeguati ai loro bisogni sanitari.

Il secondo, invece, in primo luogo, di nuovo, si propone di trasferire tale settore all'interno del nuovo Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), sottraendolo, pertanto, alle competenze del sistema sanitario, i cui principi (universalità, gratuità, globalità delle prestazioni) non sono replicabili in ambiti a esso estranei¹⁴¹.

Inoltre, prevede che tutte le misure che dovranno essere adottate (se potranno essere adottate) avvengano esclusivamente «nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente», «nell'ambito delle facoltà assunzionali vigenti», attraverso una «razionalizzazione dell'offerta» e un «efficientamento delle risorse». Persiste, quindi, quella tendenza, affermata soprattutto in seguito all'introduzione in Costituzione, con l. cost. n. 1 del 2012, del principio di equilibrio di bilancio¹⁴², che vede nelle leggi di spesa un limite intrinseco all'espansione dei diritti fondamentali, i quali, da «elementi indefettibili e coesenziali della forma di stato»¹⁴³ da assicurarsi in modo uniforme sul territorio nazionale, tendono a essere sempre più considerati come «finanziariamente condizionati»¹⁴⁴. La costante assunzione, che non tiene sempre in debito conto degli orientamenti più recenti della Corte costituzionale¹⁴⁵, di una politica di finanza pubblica votata alla contrazione delle risorse stanziata – a

¹⁴¹ A. MARZANATI, *Il ruolo dello Stato nel policentrismo repubblicano: l'assistenza sociale*, in *La tutela multilivello dei diritti sociali*, cit., 257.

¹⁴² Si è così accentuata quella tendenza che riconosceva alle leggi di spesa una natura non meramente formale, ma sostanziale. Cfr. sul punto N. LUPO, G. RIVISECCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Le Regioni*, 2012, n. 5-6, 1071. Si supera in questo modo quella «risalente concezione dottrinale, di cui è traccia anche nella sentenza n. 7 del 1959 della Corte, secondo cui quella di bilancio sarebbe una legge meramente formale priva di prescrizioni normative», in quanto anche mediante «i semplici dati numerici contenuti nelle leggi di bilancio e nei relativi allegati possono essere prodotti effetti novativi dell'ordinamento». Altresì si veda C. MARCHESE, *Diritti sociali e vincoli di bilancio, Ricerca di dottrina*, in *Servizio studi della Corte costituzionale. Con riferimento alle pronunce della Corte costituzionale*, marzo 2015.

¹⁴³ A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, in *Forum Quaderni costituzionali*, gennaio 2017, p. 4-5.

¹⁴⁴ M. LUCIANI, *Laterna Magika. I diritti "finanziariamente condizionati"*, in *Rivista della Corte Conti*, 2012, n. 1-2, p. 643; altresì già M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*. Milano, 2012, pp. 219-289.

¹⁴⁵ Il riferimento in questo caso è alle pronunce n. 10 del 2016 e n. 275 del 2016, che sembrano determinare la riemersione del rilievo prioritario che deve essere attribuito ai diritti fondamentali e, conseguentemente, al finanziamento delle prestazioni a essi funzionalmente correlate, imponendo un vincolo al bilancio che impone «di superare il canone della sostenibilità economica nella disciplina relativa alle attribuzioni di risorse a favore delle posizioni giuridiche soggettive». Così A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, cit., p. 4. Per un commento a tali pronunce si veda, *ex multis* v. MARCENÒ, *La Regione Piemonte nei giudizi di legittimità costituzionale delle leggi*, in M. DOGLIANI, J. LUTHER, A.M. POGGI (a cura di), *Lineamenti di diritto costituzionale della Regione Piemonte*, Torino, 2018, pp. 387 ss.; altresì G. BOGGERO, *Una sentenza manipolativa di bilancio: la Corte costituzionale "soccorre" le Province piemontesi*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 4 del 2015, pp. 1445 ss., con riferimento alla n. 10 del 2016 e L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, n. 6, pp. 2339 ss.; F. PALLANTE, *Dai vincoli "di" bilancio ai vincoli "al" bilancio*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, n. 6, pp. 2499 ss.; A. APOSTOLI, *I diritti fondamentali "visti" da vicino dal giudice amministrativo Una annotazione a "caldo" della sentenza della Corte costituzionale n. 275 del 2016*, cit. con riferimento alla 275 del 2016.

livello statale, come locale – a favore, per quanto qui interessa, sia delle politiche sanitarie sia di quelle socio-assistenziali, non si pone infatti nella condizione di evitare l’aumento di nuove forme di vulnerabilità sociale, povertà e disuguaglianza¹⁴⁶.

Se «prendere sul serio i diritti significa prendere sul serio il fatto che le risorse sono scarse»¹⁴⁷, è necessario che si acquisisca piena consapevolezza del collegamento (e delle conseguenze di tale collegamento) tra dimensioni costituzionali di differente livello: «le finalità primarie incorporate nelle norme di definizione costituzionale di ogni diritto sociale; quelle secondarie relative ai mezzi-organizzazione con cui si devono perseguire gli interessi costituzionalmente protetti; quelle di terzo grado specificamente attinenti all’equilibrio finanziario, strumentale all’efficienza dell’apparato organizzativo»¹⁴⁸. I diritti, soprattutto quelli sociali, rappresentano il fine dell’azione pubblica; le risorse costituiscono invece il mezzo imprescindibile per attuarli e si pongono, quindi, su un piano diverso, se pur connotato da un imprescindibile coordinamento con il primo.

È in questo senso che non può che suscitare qualche perplessità, in ultimo, l’effettiva possibilità di funzionamento delle c.d. Case della Comunità, da realizzarsi, nell’ambito della Missione 6 del PNRR, grazie allo stanziamento di 2 miliardi di euro, in un numero pari a 1350 entro il 2026. Esse si dovranno configurare come strutture sanitarie e socio-sanitarie multidisciplinari, connotate da interventi di carattere sociale, in un’ottica di continuità tra ospedale e territorio. Pur a fronte delle evidenti potenzialità di tali luoghi, tuttavia, esse scontano una criticità che rischia di minarne alla base l’operatività: la carenza di personale sanitario¹⁴⁹; come evidenziato da ultimo dall’Ufficio parlamentare di bilancio, con nota di approfondimento dell’agosto 2022¹⁵⁰, il PNRR non rappresenta «lo strumento adatto per finanziare spese correnti continuative»¹⁵¹ e pertanto, in assenza di altri finanziamenti, a oggi non previsti, vi è profonda «incertezza sul quadro delle risorse disponibili per gestire i servizi sanitari potenziati grazie agli investimenti programmati, [...] soprattutto una volta che i finanziamenti assicurati dal PNRR saranno esauriti e le nuove strutture saranno costruite». La dimensione sociale, in cui trova attuazione il principio personalista di cui agli articoli 2 e 3 della Costituzione, colloca i diritti – e in particolare i diritti sociali - nella materialità dei rapporti, la quale, rifuggendo ogni possibilità di astrazione, si fonda a sua volta sul ricono-

¹⁴⁶ S. BENVENUTI, S. MARTINI, *La crisi del welfare pubblico e il “nuovo” Terzo settore: la via tracciata dalla legge delega n. 106/2016*, in *Osservatorio AIC*, 2017, n. 2, p. 2 e 3.

¹⁴⁷ S. HOLMES, C.R. SUSTEIN, *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, 2000.

¹⁴⁸ B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, n. 1, p. 41.

¹⁴⁹ Si stima, secondo quanto risulta dal 56esimo Rapporto Censis 2022 e dal Report AGENAS, *Il personale del Servizio sanitario nazionale*, 2022, che entro il 2027 vi sarà una “fuoriuscita” dal SSN di 41.196 tra medici e personale sanitario, non compensato da nuove assunzioni.

¹⁵⁰ UFFICIO PARLAMENTARE DEL BILANCIO, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, Focus tematico n. 4, 3 agosto 2022.

¹⁵¹ UFFICIO PARLAMENTARE DEL BILANCIO, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, Focus tematico n. 4, 3 agosto 2022, 9.

scimento dell'ineguale distribuzione degli interessi e delle «condizioni umane, dei bisogni e dei poteri, per poi operare al fine della rimozione di tali condizioni di diseguaglianza»¹⁵². Questo è il vincolo che garantisce l'integrazione di una comunità politica e che pone chiaramente in luce come diritti e organizzazione siano «aspetti speculari della stessa materia, gli uni e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente»¹⁵³.

Da tale presupposto deve trarre origine il ripensamento strutturale del settore dell'integrazione socio-sanitaria, che non può essere limitato alla predeterminazione di stanziamenti di risorse (astrattamente, come nel caso ultimo del PNRR, ingenti) o a una mera previsione di allocazione delle stesse secondo le disponibilità a legislazione vigente, né tantomeno può fondarsi sulla creazione di nuovi settori di intervento, spesso non modulabili in funzione delle esigenze concrete, che rischiano di sottrarre il malato alle garanzie proprie tanto del diritto alla salute quanto del diritto all'assistenza.

Alla luce di ciò, è pertanto necessaria l'adozione di modelli organizzativi che, ai fini dell'effettività dei diritti riconosciuti, siano finalizzati da un lato a migliorare (e non a limitare) l'accesso al Servizio sanitario, garantendo la permanenza in esso per tutto il tempo richiesto dall'attività di cura e, dall'altro, ad assicurare, nel rispetto del principio di uguaglianza su tutto il territorio, un'effettiva integrazione tra salute e assistenza, in modo da rafforzare l'efficacia di entrambi, senza attribuire automatica prevalenza alla seconda (con la conseguente imputazione di costi) anche là dove le esigenze cliniche non lo legittimino.

Se si vuole evitare che inadeguatezze e differenziazioni si ripercuotano «sull'insieme di prestazioni che costituiscono il Welfare pubblico»¹⁵⁴ e, quindi, proprio su quelle risposte che l'ordinamento è chiamato a dare, è necessario, in altri termini, avere piena consapevolezza del fatto che la garanzia dei diritti sociali rientra in quelle decisioni strettamente politiche che attengono alla «dimensione sostanziale della democrazia»¹⁵⁵, la quale, per realizzarsi, richiede condizioni materiali di esistenza in grado di assicurare la concreta partecipazione dei cittadini all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese¹⁵⁶.

¹⁵² B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, n. 1, p. 39.

¹⁵³ Corte costituzionale, n. 383 del 1998.

¹⁵⁴ A. POGGI, *I diritti delle persone. Lo stato sociale come Repubblica dei diritti e dei doveri*, Milano, 2014, p. 10.

¹⁵⁵ L. FERRAJOLI, *La democrazia costituzionale*, in *Revus*, 2012, n. 18, pp. 69-124.

¹⁵⁶ B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, n. 1, p. 41-42.