

# Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Cronaca ragionata del convegno “La Missione Salute del PNRR: Idee ed esperienze per la riforma” (Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, Facoltà di Economia, 5 maggio 2023) e stato delle questioni

Silvio Roberto Vinceti\*

1. Il 5 maggio 2023 si è tenuto presso la Facoltà di Economia dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza” il Convegno «*La Missione Salute del PNRR: Idee ed esperienze per la riforma*», coordinato scientificamente dalla Prof.ssa Giovanna Razzano<sup>1</sup>. L’incontro scientifico ha preso luogo in un frangente storico in cui il sistema sanitario nazionale, oltre che di risorse e personale, sembra per certi versi bisognoso proprio di riflessioni innovative, che ne permettano, a quarantacinque anni dalla l. 23 dicembre 1978, n. 833, un rilancio socialmente equo ed economicamente sostenibile, nonché potenzialmente aperto al futuro obiettivo di una «Unione europea della salute»<sup>2</sup>. La contemporanea crisi del sistema

---

\* Assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, [silvioroberto.vinceti@unimore.it](mailto:silvioroberto.vinceti@unimore.it).

<sup>1</sup> Il Comitato scientifico era composto dai Proff. Roberto Miccù, Luca Montanari Vergallo, Giovanna Razzano, Guglielmo Tellan. La registrazione del convegno è disponibile sul canale della Facoltà di Economia degli Studi di Roma “La Sapienza” all’indirizzo <https://www.youtube.com/watch?v=i8aCUit9hbQ> [ultimo accesso: 23 giugno 2023].

<sup>2</sup> Su cui v. R. BALDUZZI, *Più “Europa” nella sanità italiana, più Italia nella sanità “europea”*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 1, pp. 3 ss., e i contributi pubblicati nella sezione speciale «*Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l’art. 168 TFUE?*» della Rivista – tra cui, sul tema dell’«Unione europea della salute», cfr. in particolare: L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, pp. 187-189; D. MORANA, *Verso un diritto euorunita-*

sanitario inglese<sup>3</sup>, del resto, fa pensare che osservato speciale non sia semplicemente il sistema sanitario italiano – il quale pure non manca di proprie peculiari difficoltà<sup>4</sup> – quanto piuttosto il modello universalistico *tout court*, con il conseguente nuovo “aleggiare” del detto «Bismarck batte Beveridge» nella letteratura scientifica<sup>5</sup>. All’indomani della drammatica esperienza pandemica, il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) assume allora a tutti gli effetti i toni di un’ultima chiamata che, invece del *de profundis*, segni l’inizio di autentico rinnovamento dell’esperienza sanitaria italiana. Nel solco di altre recenti occasioni di approfondimento scientifico<sup>6</sup>, il Convegno ha altresì fornito un significativo luogo di incontro tra due mondi – quello giuridico e quello *lato sensu* medico-sanitario – la cui reciproca intellegibilità non può forse darsi sempre per scontata e da cui, ad ogni buon conto, dipendono almeno in parte le sorti del sistema universalistico italiano. Al resoconto delle relazioni esposte al Convegno la presente cronaca ragionata aggiunge infine un minimo apparato bibliografico inteso a mettere in connessione le importanti riflessioni del Convegno con lo stato delle questioni nelle riviste giuridiche di settore.

2. Dopo i saluti istituzionali del Preside della Facoltà di Economia Prof. Fabrizio D’Ascenzo, i lavori della giornata sono stati aperti dalla ricca relazione della Prof.ssa Giovanna Raz-

---

rio alle cure? La direttiva sull’assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze competenziali dell’Unione, pp. 238-239; D.G. RINOLDI, «In deroga... e in conformità»: prospettive dell’Unione europea della salute muovendo dall’art. 168 TFUE per andar ben oltre (verso un comparto sanitario federale continentale?), pp. 273 ss.; G.P. ZANETTA, Dalla sanità transfrontaliera a un diverso ruolo dell’Unione europea in sanità, pp. 318 ss. Cfr. altresì, nella letteratura italiana, A. MONICA, L’assistenza transfrontaliera in trasformazione: riflessioni sull’erogazione dei servizi sanitari a livello nazionale, mutua assistenza e libertà di scelta del paziente, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 1, pp. 12-20; F. BATTAGLIA, Recenti misure dell’Unione in materia di gestione delle crisi sanitarie. I primi passi verso l’Unione europea della salute, in AA.VV., *Liber amicorum Sergio Marchisio. Il diritto della comunità internazionale tra caratteristiche strutturali e tendenze innovative*, vol. I, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022, pp. 371 ss.; F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, Torino, Giappichelli, 2022, pp. 99-110; nella dottrina straniera *ex plurimis* v. M. GUY, *Towards a European Health Union: What Role for Member States?*, in *European Journal of Risk Regulation*, 2020, n. 4, pp. 757 ss.

<sup>3</sup> V. sul punto R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le “lezioni” di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE Online*, 2023, n. 1, pp. 426-429. Sul sistema sanitario inglese cfr. L. BUSATTA, *The commodification of health care. Salute, mercato ed equità nel sistema sanitario inglese*, in *BioLaw Journal*, 2019, n. 2, pp. 77 ss.

<sup>4</sup> Si pensi, paradigmaticamente, al tema della mobilità sanitaria interregionale, su cui v. da ultimo i contributi pubblicati nella sezione speciale «La mobilità sanitaria interregionale» di *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 3, con articoli di C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?*, pp. 651 ss.; A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, pp. 669 ss.; D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, pp. 691 ss.; S.R. VINCETI, *La mobilità sanitaria interregionale in Italia alla luce della teoria federalista e delle esperienze comparate*, pp. 703 ss.

<sup>5</sup> V. ad es. F. SAITTA, *The Management of Healthcare in Italy: The Situation 150 Years Since Administrative Unification*, in D. SORACE, L. FERRARA, I. PIAZZA (a cura di), *The Changing Administrative Law of an EU Member State. The Italian Case*, Cham, Springer, 2020, p. 296. Lo slogan è stato coniato dai redattori del Report «Euro Health Consumer Index» ed è in uso almeno dal 2007: cfr. AA.VV., *Euro Health Consumer Index 2007*, Health Consumer Powerhouse, 2007, pp. 3-4, disponibile all’indirizzo <http://globalag.igc.org/health/world/2008/euro.pdf> [ultimo accesso: 10 giugno 2023].

<sup>6</sup> Il riferimento è al XX Convegno nazionale di diritto sanitario, tenutosi ad Alessandria il 18-19 novembre 2022 sul tema «La mobilità sanitaria», nonché al Convegno «La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?» che si è svolto presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore il 26 aprile 2023.

zano su «*Il diritto costituzionale alla salute e il PNRR, fra competenze statali e regionali*». La relazione abbracciava dunque due dei poli concettuali più controversi e dibattuti dalla costituzionalistica italiana: il tema del riparto di competenze in materia sanitaria<sup>7</sup> e il PNRR come «atto generale di programmazione»<sup>8</sup>. Dopo l'illustrazione delle due componenti della Missione 6 del PNRR<sup>9</sup> – con il richiamo delle note figure del Distretto, dell'Ospedale di Comunità, delle Case della Comunità *hub* e *spoke*<sup>10</sup>, della Centrale Operativa Territoriale (COT), etc. – la relatrice si è soffermata sull'art. 32, Cost., rimarcando la dimensione di «interesse pubblico» del diritto alla salute, che non si esaurisce nei profili individualistici di un «affare privato». Declinati sul piano sanitario, i principi di solidarietà ed eguaglianza, nonché quello personalista, si legano, ha sottolineato Razzano, alla relazione terapeutica, nel momento in cui ciascuna persona è portatrice di una «dignità propria e assoluta» a prescindere dalle condizioni indicate nell'art. 3, Cost., e dunque anche dall'età o da condizioni di malattia. Del principio di solidarietà è manifestazione evidente proprio la relazione terapeutica, per certi versi ancor più del rapporto – familiare e significativo per i giuristi – tra avvocato ed assistito. Rispetto a questi presupposti costituzionali, si è chiesta euristicamente la relatrice, possiamo aspettarci che la riforma sarà in grado di salvaguardare la relazione fiduciaria tra professionista sanitario e paziente? Chi, ad esempio, si troverà davanti il paziente nella Casa della Comunità? Qualora dovesse trattarsi di una persona

<sup>7</sup> Da sempre recalcitrante ad una definitiva *actio finium regundorum* nella giurisprudenza costituzionale, anche a causa delle «interferenze» interne tra le voci del riparto di competenze: «Per quanto attiene all'individuazione delle fattispecie riconducibili alla “tutela della salute”, l'attuazione del Titolo V ha evidenziato la sussistenza di numerose interferenze e sovrapposizioni con le altre materie contenute negli elenchi dell'art. 117, co. 2 e 3, Cost., o residualmente attribuite alle Regioni ai sensi dell'art. 117, co. 4, Cost., dando vita ad un ricco contenzioso costituzionale». D. MORANA, voce *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA, F.S. MARINI, D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale. Commentario*, Napoli, ESI, 2015, p. 591.

<sup>8</sup> G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 2, p. 522. Per una introduzione al dibattito sulla “natura” del PNRR e i suoi riflessi costituzionali cfr. il *paper* di N. LUPO, *I poteri dello Stato italiano alla luce del PNRR: prime indicazioni*, in *Federalismi.it*, 7 settembre 2022, disponibile all'indirizzo <https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=47729> [ultimo accesso: 9 giugno 2023].

<sup>9</sup> Per un inquadramento generale della missione salute nel PNRR cfr. appunto G. RAZZANO, *op. cit.*, pp. 495 ss., nonché A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, n. 2, pp. 165 ss. V. altresì, fuori dal campo giuridico, N. ROSSI, *L'attuazione del PNRR nelle aziende sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2022; S. VALLERANI, *Sociological Reflections on a Precarious Relationship. Health and the Pnrr between Conservative Tendencies and Transformative Instances*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2022, n. 2, pp. 255 ss.

<sup>10</sup> Come rimarcato da Razzano, una delle differenze fondamentali che separano le Case della Comunità dalle precedenti Case della salute è la presenza degli assistenti sociali. Sulle Case della Comunità cfr. F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della Salute/Case della Comunità*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 529 ss.; E. ROSSI, *Le “Case della Comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2021, n. 2, pp. 361 ss.; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Jus Online*, 2022, n. 5, pp. 161 ss.; F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 2022, n. 1, pp. 421 ss.; A. BRAMBILLA, G. MACIocco, *Dalle Case della Salute alle Case della Comunità. La sfida del PNRR per la sanità territoriale*, Roma, Carocci, 2022; T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 2023, n. 1, part. pp. 354-356.

ogni volta diversa, ha rimarcato Razzano, si correrebbe il rischio di una spersonalizzazione, anziché di una umanizzazione delle cure.

2.1. La relatrice ha poi discusso il tema delle cure primarie come “capitolo” della medicina preventiva. Che nel concetto costituzionale di “salute” rientri la dimensione della prevenzione e dell’igiene appare evidente consultando i lavori dell’Assemblea Costituente, in cui emerge come il medico pediatra, ricercatore e padre costituente Giuseppe Caronia, pur avendo inizialmente caldeggiato l’inserimento della nozione di «igiene» nella bozza di art. 32, Cost., sostenne infine che il concetto fosse già ricompreso dalla nozione stessa di “salute”<sup>11</sup>. Razzano ha poi ripercorso lo sviluppo delle cure primarie a livello internazionale – a partire dalla dichiarazione di Alma Ata del 1978 – e di diritto interno, con il riconoscimento delle cure primarie nella l. 833/1978, l’impegno di tutti i Ministri della storia repubblicana per un loro rafforzamento e gli effettivi stanziamenti economici, come peraltro rilevato nel *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica* della Corte dei conti. A fronte di queste premesse, quali allora le cause per il mancato rilancio dell’assistenza sanitaria? Razzano ha evidenziato tre verosimili concause: una *mala gestio* amministrativa a livello decentrato unita al mancato azionamento degli appositi strumenti di impulso, controllo e sostituzione a livello statale; la carenza di personale amministrativo competente e volenteroso; la mancanza di organico medico-infermieristico e, in particolare, la sua inadeguata distribuzione tra ospedale e territorio. Commentando infine la posizione di chi vede il rimedio a queste inefficienze in una riforma costituzionale che sposti la materia sanitaria nella piena competenza statale, Razzano ha invece affermato il proprio favore per la tesi di chi invoca, piuttosto, l’attuazione effettiva degli strumenti di impulso, controllo e sostituzione che già ora la Costituzione mette in capo allo Stato<sup>12</sup>.

3. Nella prima parte della relazione «*Telemedicina: da eccezione a sistema?*» il Prof. Luca Montanari Vergallo ha ripercorso l’evoluzione della disciplina giuridica della telemedicina in Italia e le sue prospettive di sviluppo<sup>13</sup>. La svolta nella disciplina positiva può ricondursi

<sup>11</sup> «Noi proponiamo che il primo comma, cioè “La Repubblica tutela la salute, promuove l’igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti”, sia sostituito dalla formula: “La Repubblica tutela la salute come un fondamentale diritto dell’individuo e come un generale interesse della collettività”. La “tutela della salute”, implica anche la prevenzione delle malattie. Quindi ci pare superfluo aggiungere: “promuove l’igiene”. AA.VV., *Atti della Assemblea costituente. Discussioni dal 16 aprile 1947 al 19 maggio 1947*, vol. IV, Roma, Tipografia della Camera dei Deputati, 1948, p. 3297. Sull’intervento di Caronia v. E. GAUDIO, *Intervento su Giuseppe Caronia*, in *Nomos*, 2017, n. 3, disponibile all’indirizzo <http://www.nomos-leattualitaneldiritto.it/wp-content/uploads/2017/12/Gaudio-Caronia.pdf> [ultimo accesso: 9 giugno 2023], nonché G. VALDITARA, *Alle radici romane della Costituzione. Persona, Famiglia, Stato, Proprietà, Libertà*, Milano, Guerini, 2022, p. 96, che vede nella formula di cui all’art. 32, comma 1, un esempio dell’uso della «sinteticità della tecnica legislativa romana» in Costituzione.

<sup>12</sup> Sul tema v. ampiamente A. D’ATENA, *L’impatto dell’emergenza sanitaria sul riparto di competenze tra Stato e Regioni*, in *Italian Papers on Federalism*, 2021, n. 1, pp. 1 ss.

<sup>13</sup> Sui profili giuridici della telemedicina cfr. *ex plurimis* A.L. TARASCO, *La telemedicina per lo sviluppo della sanità del Mezzogiorno: una introduzione giuridica*, in *Riv. giur. Mezzogiorno*, 2010, n. 4, pp. 1387 ss.; C. BOTRUGNO, *Un diritto*

proprio all’esperienza pandemica<sup>14</sup>, che ha portato a ragionare di telemedicina non più come “eccezione”, bensì come “sistema” – concetto diverso da quello di “regola”, che pare invece da rigettarsi qualora adombri una secondarietà della medicina “in presenza”. Deve dunque condividersi la scelta del d.m. 77<sup>15</sup> di non concepire la telemedicina come “eccezione” o nuova “normalità”, quanto piuttosto come integrazione della medicina personale tradizionale: in questi termini, infatti, la telemedicina appare di sicuro valore, permettendo un aumento dell’intensità e della quantità delle cure, nonché la diminuzione delle infezioni nosocomiali. Il rilancio della telemedicina, ha sottolineato il relatore, non è tuttavia un risultato conseguibile solo con un approccio “dall’alto”, dipendendo invece grandemente dalla partecipazione attiva dei diversi attori della prestazione sanitaria telematica: pazienti, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), *equipe* delle cure domiciliari, etc. Si è poi chiesto Montanari Vergallo se il d.m. 77 non risulti un po’ «naïf» nel momento in cui sembra dare per scontato che i pazienti – specie se anziani – dispongano di adeguata formazione per il pieno utilizzo delle tecnologie di telemedicina: da questo punto di vista, gli enti del terzo settore – si pensi, ad esempio, alle parrocchie – possono dunque giocare un ruolo decisivo. La seconda parte dell’intervento è stata invece dedicata alla discussione del *proprium* della telemedicina nella disciplina positiva, soffermandosi sulle distinzioni richiamate nel d.m. 77 tra «televisita specialistica», «teleassistenza», «telemonitoraggio», «teleriabilitazione», «teleconsulto medico», «teleconsulenza medico sanitaria», «telerefertazione». Il relatore si è poi soffermato sulla necessità che, insieme al consenso del paziente all’assistenza sanitaria “a distanza”, tutti i dati a lui inerenti siano crittografati<sup>16</sup>. Montanari Vergallo ha infine indicato quelle che paiono le sette principali sfide davanti all’implementazione della telemedicina: l’accettazione da parte dei pazienti; il divario digitale; la frammentazione dei dati tra le diverse applicazioni; le competenze delle direzioni

---

per la telemedicina: analisi di un complesso normativo in formazione, in *Pol. dir.*, 2014, n. 4, pp. 639 ss.; M. CAMPAGNA, *Linee guida per la Telemedicina: considerazioni alla luce dell’emergenza Covid-19*, in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 3, pp. 599 ss. Sulla telemedicina nel PNRR v. sempre G. Razzano, *op. cit.*, pp. 512-517, nonché G. LOFARO, *Rilievi sulla validazione della telemedicina: modelli procedurali e semplificazione gestionale della piattaforma*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2022, n. 1, pp. 231 ss., part. 263-266.

<sup>14</sup> Nello stesso senso v. F. APERIO BELLA, *The Role of Law in Preventing “Remote” Defensive Medicine: Challenges and Perspectives in the Use of Telemedicine*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 1, p. 307 («The pandemic acted as an accelerator of the spread of digital solutions for healthcare in general»). Sui profili costituzionali della digitalizzazione della sanità cfr. D. MORANA, T. BALDUZZI, F. MORGANTI, *La salute “intelligente”: eHealth, consenso informato e principio di non-discriminazione*, in *Federalismi.it*, 2022, n. 34, pp. 127 ss.

<sup>15</sup> Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 («Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»). Per un commento sull’iter di adozione del decreto – allora discusso come d.m. n. 71 – cfr. F.G. CUTTAIA, *Considerazioni intorno alla complicata emanazione del decreto ministeriale n. 71*, in *Ius et Salus*, 2022, n. 2, pp. 38 ss.

<sup>16</sup> Cfr. G. LOFARO, *La sicurezza dei dati sanitari nelle smart technologies quale strumento di realizzazione del diritto alla salute tra telemedicina ed intelligenza artificiale*, in *Dirittifondamentali.it*, 2022, n. 1, pp. 120 ss. Il problema si pone anche in riferimento al fascicolo sanitario elettronico: cfr. A.M. GAMBINO, E. MAGGIO, V. OCCORSIO, *La riforma del fascicolo sanitario elettronico*, in *Diritto Mercato Tecnologia*, 22 luglio 2020, pp. 1 ss., spec. 10 e ss. Sul fascicolo sanitario elettronico v. la relazione di Ingenito *infra* § 12.

aziendali; il numero elevato degli adempimenti; il rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati; il rischio che il miglior interesse del paziente venga posto in secondo piano per ragioni di economicità.

4. Che la teleassistenza non sia soltanto uno strumento di aumento dell'offerta sanitaria e di contenimento della spesa medica, ma prometta cruciali benefici psico-sociali, è stato vividamente illustrato nella relazione «*Teleassistenza: il progetto A.R.C.O.*» del dott. Paolo Basili, il quale ha discusso gli incoraggianti risultati del progetto "ARCO" (Assistenza Remota ai Caregiver in Oncologia) dell'Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" di Roma. Molti pazienti oncologici assumono farmaci attraverso il PICC (*Peripherally Inserted Central Catheter*), un catetere endovenoso inserito nel braccio che offre significative garanzie sanitarie e libertà di movimento al paziente, specie al confronto di altri dispositivi. Oltre all'impianto iniziale, tuttavia, il PICC richiede periodiche manutenzioni di brevissima durata (15 minuti circa) che costringono settimanalmente i pazienti a recarsi presso strutture *ad hoc*, come appunto l'Ambulatorio di Impianto e Gestione degli Accessi Vascolari (IGAV) del Regina Elena di Roma. Lo spostamento ha evidentemente ricadute particolarmente gravose dal punto di vista dello stress e dei costi – specie se si pensa a pazienti e accompagnatori lavoratori. Con il progetto ARCO si è deciso di sperimentare un sistema di teleassistenza che permettesse di effettuare la manutenzione del PICC – in sé e per sé una operazione proceduralizzata che non richiede particolare manualità – "a distanza", attraverso un *point-of-care* consistente un treppiede automatizzato mediante cui il caregiver veniva supervisionato e guidato nella manutenzione da parte di un gruppo di tutori collegati "da remoto" e disponibili 7 ore al giorno. Commentando i positivi risultati del progetto, Basili ha menzionato il "dolore" dei pazienti nel momento in cui alla fine del *trial* si è dovuti ritornare all'assistenza ambulatoriale e dunque allo spostamento fisico del paziente e dell'accompagnatore. Ciò detto, il relatore non ha nascosto alcune problematiche dell'assistenza a distanza: innanzitutto le tecnologie necessarie alla telemedicina hanno un costo considerevole, che rischia talvolta di essere dimenticato; inoltre, la mancanza di idonee infrastrutture nel territorio – si pensi all'insufficiente copertura internet in certe aree del Paese – così come l'incapacità del caregiver di "maneggiare" la tecnologia necessaria alla prestazione – si pensi, ad es., al coniuge "anziano", che non necessariamente può avere dimestichezza con le interfacce elettroniche – rischiano di vanificare il successo della prestazione sanitaria teleguidata. Al netto di queste difficoltà, in ogni caso, il relatore ha confermato il bilancio positivo del progetto, adombrando la possibile estensione delle modalità impiegate alla gestione di altre situazioni di interesse sanitario.

5. Con il riferimento al «cambio di paradigma» portato dal PNRR nella sanità italiana si è aperta la relazione «*Il rilancio dell'organizzazione territoriale del servizio sanitario nazionale*» del Prof. Fabio Giglioni, il quale ha innanzitutto sottolineato come la pandemia abbia messo in luce debolezze pregresse del sistema sanitario nazionale ed in particolare la mancanza di una rete efficace di assistenza territoriale. Questo stato dei fatti è il risultato, ha rimarcato il relatore, di una logica sanitaria tutta protesa a rispondere al bisogno

emergente di assistenza, con conseguente trascuratezza del momento preventivo: a questa concentrazione sull’“offerta” di servizi sanitari non appare estraneo l’eccessivo spazio dato nella riflessione scientifica ai livelli essenziali – come individuazione delle prestazioni che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale, in una logica di «cura dell’offerta dei servizi» – rispetto alle tematiche maggiormente afferenti alla prevenzione e alle cure di prossimità<sup>17</sup>. Rispetto a questa situazione, il d.m. 77 è un primo segnale di inversione di tendenza, pur rappresentando per certi versi un provvedimento «dal sapore antico», nel momento in cui il rilanciato ruolo del SSN nel contrasto alle disuguaglianze sociali dà compimento ad un’ispirazione originaria della l. 833/1978. Concordando con Razzano sull’inopportunità di una revisione costituzionale in materia di tutela della salute, Giglioni ha sottolineato come si debba uscire dalla logica secondo cui lo Stato definisce soltanto i livelli essenziali, mentre l’intera dimensione organizzativa rimane nel perimetro decisionale delle Regioni. Da questo punto di vista, ha rilevato il relatore, è come se la pandemia avesse fatto riscoprire allo Stato la sua competenza in materia organizzativa. L’intervento si è poi chiuso con il riferimento alle sfide aperte per il rilancio della sanità italiana: il momento dell’attuazione in concreto delle disposizioni appena adottate, con il passaggio dalle norme scritte alla fattualità, e la supervisione dello Stato sull’implementazione della riforma da parte delle Regioni; il problema della clausola di invarianza finanziaria, che rischia di essere un elemento di grave ostacolo all’attuazione della riforma; la realizzazione del «Progetto di salute» previsto dal d.m. 77 e fondato sull’idea della medicina di iniziativa, che non attende l’insorgenza della malattia ma anticipa il bisogno sanitario dal punto di vista preventivo; lo sviluppo “corretto” dell’ideale della “casa come primo luogo di cura”, che rappresenta un valore soltanto finché non si traduce in una trascuratezza del rinnovo dell’assistenza nelle strutture sanitarie; il problema dei medici di medicina generale ed il loro ruolo nel servizio sanitario nazionale, rispetto a cui i riferimenti nel d.m. 77 non paiono conclusivi.

6. Proprio sulla questione dei medici di medicina generale era incentrata la relazione del dott. Giuseppe Donato «*Quale ruolo per il medico di famiglia nel nuovo assetto delle cure primarie?*». Secondo il relatore, due sono le grandi coordinate entro cui deve porsi il dibattito: da una parte, il rapporto fiduciario<sup>18</sup>, che deve essere integralmente tutelato, anche nelle nuove forme dell’organizzazione sanitaria; dall’altra, è altresì impensabile che i MMG possano estraniarsi dal contesto di una generale riorganizzazione e rideclinazione in senso territoriale della sanità italiana. Riguardo alla prima coordinata, Donato ha sottolineato la necessità di valorizzare sia la dimensione temporale del rapporto fiduciario – riferibile alla

<sup>17</sup> Per un approfondimento del tema v. appunto F. GIGLIONI, *L’organizzazione territoriale per il presidio del diritto alla salute*, in *Costituzionalismo.it*, 2020, n. 2, pp. 99 ss., part. pp. 102-112.

<sup>18</sup> Sul rapporto fiduciario v. da ultimo C. CIARDO, *La libertà di scelta del medico di medicina generale. La centralità del rapporto fiduciario medico-paziente*, in *BioLaw Journal*, 2021, n. 2, pp. 247 ss.

presa in carico non della *malattia*, bensì della *persona* – sia quella psico-sociale, esplicantesi nell'avvicinamento del MMG alle scelte di vita e alla realtà delle persone assistite. Riguardo alla seconda coordinata, il relatore ha affermato come un primo punto debba oggi considerarsi assodato: benché la capacità di lavorare insieme non possa dirsi “scontata”, non è al tempo stesso più sostenibile l'approccio “individualistico” del MMG che lavora “in singolo”. Donato ha ripreso, al riguardo, la lunga evoluzione delle forme associative dei MMG: dapprima la Medicina in rete e le Associazioni, poi le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT), le Unità complesse di cure primarie (UCCP) e le Unità di cure primarie (UCP), successivamente le Unità Territoriali di Assistenza Primaria e le Unità di Medicina Generale, e fino ad arrivare oggi alle Case della salute, alle cooperative e – con il d.m. 77 e il PNRR – alle Case della Comunità. Discutendo la specifica esperienza del Lazio, Donato ha evidenziato l'importanza del rafforzamento della continuità assistenziale delle AFT di ogni distretto, mentre tra le criticità constatate a livello locale devono annoverarsi tanto l'età media troppo elevata dei MMG quanto la mancanza di LEA della medicina generale – si pensi al fatto che soltanto alcuni MMG effettuano vaccinazioni. Donato ha infine sintetizzato in cinque punti le priorità fondamentali: l'importanza di preservare il rapporto di fiducia, la vicinanza dei punti di accesso per le persone, il potenziamento dei presidi *spoke*, l'ampiamento delle disponibilità orarie e lo stimolo dei MMG al lavoro in rete.

7. Proprio la disfunzione nell'organizzazione del lavoro dei MMG è talvolta invocata tra le ragioni della “crisi” delle strutture di pronto soccorso (PS), cui era invece dedicata la relazione *«L'ospedale e il territorio: il pronto soccorso»* del Prof. Guglielmo Tellan. Da una breve presentazione delle immagini che più comunemente appaiono nei motori di ricerca si coglie infatti *ictu oculi* la situazione di estrema criticità in cui versano i reparti di pronto soccorso: spazi sovraffollati, disservizi, ambulanze ferme, etc. Quali possono definirsi le cause, si è chiesto Tellan, di questa situazione? Tre vengono alla mente come fattori eziologicamente significativi: il sovraccarico del “sistema pronto soccorso” con la conseguente formazione di estenuanti tempi di attesa; la disorganizzazione *tout court* del servizio; la volontà politica – “in vigore” fino alla pandemia – di concentrare tutte le prestazioni nell'ospedale (c.d. istituzionalizzazione). A questo stato delle cose contribuiscono poi tanto alcuni fattori generali – la carenza di medici, irrimediabile nel brevissimo periodo stante la naturale durata del percorso di studio e formazione – quanto alcuni aspetti specifici del PS: il formarsi di una pericolosa *vulgata* secondo cui i MMG rimarrebbero inattivi nei propri studi professionali, l'abuso dell'accesso al PS da parte dei pazienti – si pensi, sottolinea Tellan, che solo una minoritaria parte degli accessi avviene a seguito di trasporto in ambulanza – il persistente trattamento di codici inopportuni per l'attività ospedaliera – come il verde e il bianco – nonché gli effetti perversi della medicina difensiva, che costringe il personale sanitario ad un *surplus* di cure ingiustificato da un punto di vista medico-assistenziale e meramente legato a ragioni cautelari avverso il rischio di una responsabilità medico-legale. Nel quadro della riorganizzazione, ha concluso Tellan, l'ospedale deve essere il luogo delle cure specializzate, il pronto di soccorso il punto di



primo contatto con i pazienti per le cure urgenti, mentre il territorio deve infine esaurire, come terzo elemento, il resto dell’attività di rilievo sanitario.

8. Con un cenno al tema dei MMG – il cui carente numero rischia di rappresentare una «bomba ad orologeria» per il sistema sanitario – si è aperta la relazione *«Il DM 77/2023 quale regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nell’ambito del SSN»* della Dott.ssa Lorena Martini, che ha preliminarmente affermato di condividere la diagnosi fatta da altri relatori, secondo cui la pandemia avrebbe messo in evidenza criticità con cui l’Italia era comunque chiamata a confrontarsi, come ad es. la patologia cronica. La risposta fondamentale alle fragilità di sistema deve vedersi allora nel «rilancio del territorio». Dopo aver descritto il ruolo svolto dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) nella preparazione del d.m. 77 – esplicitatosi tanto in attività di valutazione quanto di formazione, anche in riferimento alla telemedicina, rispetto a cui sono state poi stilate apposite Linee guida – Martini si è concentrata su alcuni profili specifici: in particolare, è stata rimarcata la differenza tra la centrale operativa del Numero Europeo Armonizzato – attivabile con il numero verde 116117 e deputata a rispondere alle cure non urgenti e dunque complementare al 118 – e la COT, che invece non risponderà al cittadino ma fungerà da «agente di collegamento» tra i diversi professionisti sanitari, potendo essere attivata indistintamente da MMG e personale ospedaliero. La relatrice ha poi sottolineato l’irriducibilità della Casa della Comunità alla precedente Casa della Salute, in quanto la prima è attesa da un lavoro «interprofessionale» più ancora che «multidisciplinare»: in senso ancora più ampio, la Casa della Comunità muta il paradigma assistenziale da una «sanità di attesa» in una «sanità proattiva», come emerge dal legame con la farmacia dei servizi ed altri enti sanitari. In aggiunta all’attività di preparazione del d.m. 77, Martini ha infine descritto le attività di formazione e monitoraggio a cui è chiamata AGENAS: entrambe svolgeranno un ruolo fondamentale nella riforma della salute territoriale e ben rappresentano l’idea di un passaggio «dall’io al noi» nell’amministrazione della sanità, con conseguente generale redistribuzione delle responsabilità.

9. Proprio riallacciandosi al tema delle Case della salute – la cui insufficiente diffusione a livello regionale, ha sottolineato il relatore, era stata a suo tempo rilevata da una mappatura della stessa Camera dei Deputati – si è aperta la relazione del Prof. Rosario Mete intitolata *«Il distretto e la sanità pubblica: prospettive future»*, che parla di un progresso «mancato coraggio» nel chiedere l’obbligatoria presenza dei MMG in queste strutture. Nel momento in cui revisioni sistematiche hanno dimostrato come i migliori risultati di salute siano conseguiti, nel mondo, proprio nei contesti in cui si sono implementate strutture interprofessionali e multidisciplinari, è difficile spiegare l’approvazione con cui alcuni leader sindacali della medicina generale plaudono alle critiche alle Case della Comunità da parte di alcuni esponenti politici. In riferimento alla tematica del Distretto, che è la macrostruttura che “tiene insieme” tutti gli istituti sanitari del territorio, Mete individua innanzitutto un primo *vulnus* nell’inserimento della figura nella parte descrittiva del d.m. 77, anziché in quella prescrittiva: si tratta di una scelta infelice, che rischia di portare ad una trascuratezza

regionale verso il Distretto, come già dimostra l'implementazione della riforma nel Lazio. Un secondo problema è la previsione della clausola di invarianza finanziaria: la mancata variabilità della spesa corrente a fronte della creazione di nuovi presidi e istituti sanitari sembra infatti in grado di compromettere la “messa a terra” della riforma territoriale. Similmente agli altri relatori, Mete ha concluso discutendo quelli che appaiono come gli elementi di maggiore criticità nelle more della riforma: la non corrispondenza tra la spesa corrente e i bisogni di salute della popolazione; il tema del riparto di competenze tra Stato e Regioni e, soprattutto, la prospettiva del regionalismo differenziato; l'eccessiva autonomia delle singole Aziende unità sanitarie locali ed in particolare dei direttori generali, con conseguente «parcellizzazione» dei processi decisionali; i rapporti tra i diversi professionisti coinvolti nella riorganizzazione della sanità territoriale; infine, l'apertura delle Regioni all'esternalizzazione dei servizi.

10. All'interrelazione tra disuguaglianze sociali e sanità era invece dedicata la relazione «*Il percorso regionale per favorire l'inclusione, l'equità e la partecipazione dei cittadini nella programmazione operativa degli interventi di sviluppo dell'assistenza territoriale*» della Dott.ssa Chiara Marinacci. I due stimoli a ripensare il tema dell'inclusione nell'assistenza sanitaria sono venuti dalla pandemia – che colpendo più duramente le fasce economicamente svantaggiate della popolazione ha mostrato le complesse implicazioni sociali dell'organizzazione sanitaria – e dal Piano nazionale della prevenzione, poi attuato con un corrispondente Piano regionale, che ha incoraggiato l'adozione di interventi sanitari volti a rafforzare la medicina preventiva presso gli strati sociali più svantaggiati. Il PNRR rappresenta, ha rimarcato la relatrice, una cruciale occasione per fare dell'investimento sanitario un momento di ripensamento dei modelli organizzativi in funzione dei diversi bisogni sociosanitari<sup>19</sup>. A livello di Regione Lazio, un importante tentativo di promozione dell'equità nelle aziende sanitarie è stato realizzato con l'adozione della Determinazione n. G05812 del 12 maggio 2022, che ha dato mandato alle aziende sanitarie di adottare «Piani aziendali per l'equità nella salute e nei percorsi assistenziali» e costituito un corrispondente «Gruppo di lavoro regionale per l'equità e la medicina di genere». Il Gruppo di lavoro ha innanzitutto messo a disposizione delle aziende due rapporti, uno sulle differenze di genere ed uno sulle differenze sociali nei fattori di rischio, negli indicatori di salute e negli esiti dei percorsi assistenziali. Mediante il lavoro di consultazione dei documenti e dei dati regionali – incrociati con quelli della singola azienda sanitaria – le Direzioni generali erano dunque chiamate ad individuare revisioni organizzative utili ad un aumento dell'equità delle cure, promuovendo una sensibilità diffusa sull'argomento. A dicembre del 2022 le aziende hanno consegnato i propri piani, su cui il Gruppo di lavoro regionale ha formula-

<sup>19</sup> Sul tema cfr. da ultimo il volume C. BUZZACCHI, S. LA PORTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*, Torino, Giappichelli, 2022.

to pareri. Le azioni in concreto adottate sono categorizzabili, ha rilevato Marinacci, in due macrocategorie: le azioni con impatto sull’organizzazione in generale e le azioni «verticali» destinate a specifici gruppi “vulnerabili”. La promozione dell’equità nel sistema sanitario regionale è stata infine declinata anche nell’attuazione del d.m. 77 con atto dirigenziale del febbraio 2023<sup>20</sup>, dando seguito a tre ispirazioni fondamentali: l’applicazione di una idea di equità come «universalismo personalizzato», esplicantesi in una risposta sanitaria “individualizzata” in ragione del bisogno socio-sanitario particolare; la valorizzazione della «collaborazione intersettoriale», per cui il sistema salute è atteso a un dialogo con gli altri settori dell’amministrazione territoriale che realizzano il contrasto alle diseguaglianze, come scuola, lavoro e sociale; lo sfruttamento degli investimenti nella sanità digitale per superare il divario tecnologico che affligge parte della popolazione.

11. Sulla professione infermieristica e sugli scenari che ad essa si aprono nella nuova organizzazione della sanità territoriale era incentrata la relazione «*Il ruolo dell’infermiere nella riforma del PNRR*» della Dott.ssa Adriana Pignatelli. Discutendo l’evoluzione diacronica, la relatrice ha preso le mosse dalla sorprendente mancanza di attrattività della professione, testimoniata dal numero di posti non coperti nell’organico infermieristico: la riforma dell’organizzazione sanitaria e l’implementazione della figura dell’infermiere di famiglia possono portare ad un rilancio della professione. Pignatelli fa riferimento alla coincidenza temporale tra il rinnovamento della professione e alcuni eventi catastrofici<sup>21</sup>: la pandemia può rappresentare allora l’opportunità per un «rinascimento del nursing» capace di dare compimento al disegno originario della l. 833/1978. Da questo punto di vista, la figura dell’infermiere di famiglia deve fungere da «liquido interstiziale» del nuovo sistema sani-

<sup>20</sup> Determinazione 28 febbraio 2023, n. G02706 («Programmazione regionale degli interventi di riordino territoriale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ed in applicazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, in coerenza con le Linee Guida generali di programmazione di cui alla Deliberazione 26 luglio 2022, n. 643 e la Determinazione regionale 18206/2022: approvazione dei documenti prodotti dal Gruppo di lavoro regionale di cui alla Determinazione regionale n. G14215 del 19 ottobre 2022»).

<sup>21</sup> Un dato veramente peculiare dell’esperienza sanitaria italiana, come è stato chiaramente sottolineato – e verrebbe a dire, anche un po’ profeticamente – in un noto volume: «Le riforme, come spesso accade, non si susseguono dunque in modo coerente e lineare, ma si contraddicono e si compensano a vicenda. Questo avviene in molti settori di *policy*, e sembra trovare conferma anche in campo sanitario. Una particolarità la politica sanitaria italiana sembra tuttavia mostrarla. Come si è cercato di mettere in evidenza, le principali riforme sanitarie (l’istituzione dell’Inam nel 1943, la legge n. 833 del 1978, la riforma del 1992-93) sono sempre coincise, nel nostro paese, con drammatici momenti di crisi politica, istituzionale, spesso anche economica. La riforma del 1943 venne infatti approvata in prossimità del crollo del regime fascista. La legge n. 833 del 1978, varata in uno dei momenti più turbolenti nella storia del paese, rappresentò l’apice della breve esperienza della «solidarietà nazionale». Anche la riforma del 1992-93 fu favorita, oltre che da impellenti vincoli di bilancio, dall’inchiesta Mani Pulite e dal conseguente sgretolamento della cosiddetta «Prima repubblica». L’interpretazione sembra venire da sé: il settore sanitario è un intricato groviglio di interessi e di valori radicati nel tessuto sociale e produttivo. In condizioni di normalità, è oltremodo difficile districare tale groviglio, superando le resistenze e i veti incrociati dei diversi portatori d’interesse. Cambiamenti radicali, che mettano in discussione i rapporti di forza consolidati, sono allora possibili soltanto in condizioni eccezionali di crisi sistemica. Se questo è vero, chi auspica una radicale riforma della sanità italiana deve allora mettersi in attesa del prossimo grande stravolgimento politico-istituzionale». F. TOTH, *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino, 2014, p. 33.

tario territoriale, assumendo ed esercitando nuove competenze, non solo *stricto sensu* sanitarie, ma anche ambientali, digitali e relazionali – si pensi, ha sottolineato la relatrice, al rapporto con la popolazione straniera – con particolare attenzione ai processi clinici e assistenziali. Pignatelli enfatizza poi l'importanza di un continuo aggiornamento scientifico per gli infermieri, rispetto a cui l'esempio deve essere quello di Florence Nightingale, madre del *nursing* moderno, che attraverso una organizzazione “scientifica” dell'assistenza sanitaria ai militari durante la Guerra di Crimea riuscì a diminuire il tasso mortalità tra i soldati. Altra “stella polare” nel processo di ripensamento della professione infermieristica può poi considerarsi la nozione di «care» per come concettualizzata ed attuata da don Lorenzo Milani.

12. A chiudere i lavori di giornata è stata la relazione «*L'implementazione del fascicolo sanitario elettronico*» della dott.ssa Chiara Ingenito. La relatrice ha dapprima offerto un importante momento di sintesi rispetto ai precedenti interventi, sottolineando alcuni dei concetti più significativi discussi durante il Convegno: il tema del “migliore interesse del malato” che per plurimi versi può richiamare alcune delle logiche afferenti al notorio “migliore interesse del minore”; il rischio di una sottovalutazione delle specificità personali dei potenziali caregiver, come dimostra il caso di una possibile acritica presupposizione di competenza tecnologica in capo al soggetto; il tema della prevenzione, che comprende non solo lo stretto profilo sanitario, ma ingloba anche la dimensione della ricerca scientifica; le affinità tra le dinamiche relazionali che si instaurano tra paziente e medico e tra assistito e avvocato, osservabili anche “in negativo” nella purtroppo non infrequente mancanza di rispetto verso le due categorie professionali. In riferimento al fascicolo sanitario elettronico nel PNRR<sup>22</sup>, Ingenito ha innanzitutto sottolineato come gli obiettivi di una velocizzata circolazione dei dati sanitari e di una uniformazione dello strumento a livello nazionale non siano previsti nel PNRR soltanto al fine di una riduzione delle disomoge-

<sup>22</sup> Sul fascicolo sanitario elettronico nel contesto del PNRR e della pandemia v. N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, 2021, n. 26, pp. 189-229; L. FERRARO, *Il Regolamento UE 2016/679 tra Fascicolo Sanitario Elettronico e Cartella Clinica Elettronica: il trattamento dei dati di salute e l'autodeterminazione informativa della persona*, in *Bio-Law Journal*, 2021, n. 4, part. pp. 97-99; E. SORRENTINO, A. F. SPAGNUOLO, *La sanità digitale in emergenza Covid-19. Uno sguardo al fascicolo sanitario elettronico*, in *Federalismi.it*, 2020, n. 30, pp. 242 ss. Sul fascicolo sanitario elettronico in generale v. già peraltro: L. CALIFANO, *Il contributo del Garante privacy al bilanciamento tra diritto alla salute e diritto alla protezione dei dati personali*, in *Sanità pubbl. priv.*, 2015, n. 3, pp. 7 ss.; S. BOLOGNA, A. BELLAVISTA, P.P. CORSO, G. ZANGARA, *Electronic Health Record in Italy and Personal Data Protection*, in *European Journal of Health Law*, 2016, n. 3, pp. 265 ss.; C. BOTTARI, *L'inquadramento costituzionale del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Salute e società*, 2017, n. 2, pp. 1972 ss.; A. PIOGGIA, *Il fascicolo sanitario elettronico: opportunità e rischi dell'interoperabilità dei dati sanitari*, in R. CAVALLO PERIN (a cura di), *L'amministrazione pubblica con i big data: da Torino un dibattito sull'intelligenza artificiale*, Torino, Università degli Studi di Torino, 2021, pp. 215 ss.; S. CORSO, *Sanità digitale e riservatezza. Interpretazioni sul fascicolo sanitario elettronico*, in A. THIENE, S. CORSO (a cura di), *La protezione dei dati sanitari. Privacy e innovazione tecnologica tra salute pubblica e diritto alla riservatezza*, Napoli, Jovene, 2023, pp. 91 ss.

neità nell’assistenza sanitaria tra le diverse realtà regionali interne<sup>23</sup>, ma possano diventare uno strumento di apertura e armonizzazione a livello europeo<sup>24</sup>, consentendo al cittadino di ricevere cure aggiornate e affidabili su tutto il territorio dell’Unione. Oltre alla possibile ottimizzazione dei costi, il fascicolo sanitario elettronico gioca poi un ruolo fondamentale sul campo della prevenzione, rafforzando peraltro la stessa ricerca scientifica. La relazione si è poi conclusa adombrando un rilevante profilo critico afferente alla teoria delle fonti: come giustificare, si chiede Ingenito, il fatto che, benché quello alla salute sia l’unico diritto espressamente riconosciuto come «fondamentale» in Costituzione, la disciplina in concreto degli istituti sanitari sia affidata a “linee guida”<sup>25</sup> – dunque ad una fonte del diritto priva di chiara natura giuridica ed in ogni caso verosimilmente collocabile a livello «secondario», se non «paraterziario»<sup>26</sup>?

13. In conclusione, sembra quasi superfluo sottolineare come il Convegno organizzato presso la Facoltà di Economia dell’Università “La Sapienza” abbia toccato alcuni punti nevralgici del processo di riforma del sistema sanitario nazionale. Al netto delle singole specifiche problematiche di diritto sanitario, tuttavia, il Convegno ha suscitato in chi scri-

<sup>23</sup> Di cui l’implementazione del fascicolo sanitario elettronico è un esempio: in questo senso v. ad es. M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 1, p. 258, e R. BALDUZZI, *Più “Europa”*, cit., p. 5.

<sup>24</sup> Sul tema della creazione di uno «European Health Data Space» e sugli ostacoli giuridici v. A. KISELEVA, P. DE HERT, *Creating a European Health Data Space: Obstacles in Four Key Legal Area*, in *European Pharmaceutical Law Review*, 2021, n. 1, pp. 21 ss.

<sup>25</sup> D.m. 20 maggio 2022 (*Adozione delle Linee guida per l’attuazione del Fascicolo sanitario elettronico*). Critica il mancato “ancoraggio costituzionale” del d.m. ai livelli essenziali delle prestazioni – e dunque il “mero” riferimento all’art. 117, comma 2, lett. r), Cost., nonché ai residuali artt. 117, comma 3, e 118, Cost. – N. MACCABIANI, *Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni: il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 12, p. 258.

<sup>26</sup> Sui problemi posti dalle linee guida come fonte del diritto in ambito sanitario v. i saggi pubblicati nella sezione «Le “linee guida” nella pandemia» in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 3 (D. BOLOGNINO, E. PROVENZANI, *Interrogativi sulla sussistenza di soft-regulation e soft-obligation nel contesto emergenziale relativo alla pandemia da Covid-19*, pp. 583 ss.; M. CAMPAGNA, *op. cit.*; M. CHIARELLI, *Il soft law e le linee guida nella pandemia*, pp. 619 ss.; V. DESANTIS, *Il ricorso alle linee guida come (improprio) fattore di semplificazione normativa*, pp. 627 ss.; M. FACCIOLO, *Covid-19, linee guida e (difetto di) organizzazione delle strutture sanitarie*, pp. 661 ss.; A. FONZI, *Aspetti problematici delle linee guida Covid con particolare riferimento ai rapporti fra Stato e regioni. Principio autonomistico versus accentramento delle funzioni nel “regionalismo dell’emergenza”*, pp. 671 ss.; F. LAUS, *La natura caleidoscopica delle linee guida nella responsabilità medica, nella lotta alla pandemia e nella regolazione del diritto dei contratti pubblici*, pp. 687 ss.; V. SATTA, *Tutela della salute e garanzia del diritto all’istruzione nello stato di emergenza. Nuove opportunità e vecchi problemi alla sfida della pandemia*, pp. 701 ss.). Cfr. poi alcuni dei contributi collezionati nella sezione «Le fonti del diritto alla prova della pandemia», sempre in *Corti Supreme e Salute*, 2021, n. 1 (E. D’ORLANDO, F. NASSUATO, *Linee guida e sistema delle fonti: un’ipotesi ricostruttiva*, pp. 55 ss.; D. MARTIRE, *Le linee guida alla prova della pandemia. Atti di normazione flessibile e sistema delle fonti del diritto*, pp. 77 ss.; A. POGGI, *Qualche riflessione sul variegato mondo delle linee guida in tempo di pandemia*, pp. 145 ss.; G. RUGGIERO, *Stato di necessità e conflitto di doveri nel triage pandemico. Qualche riflessione di diritto comparato sui rapporti fra linee guida, raccomandazioni e cause di giustificazione nel diritto penale*, pp. 155 ss.; C. SGROI, *Il “problema” delle linee guida nella gestione della pandemia e l’iniziativa della Procura generale presso la Corte di Cassazione*, pp. 169 ss.; G. TARLI BARBIERI, *Il “diritto elettorale dell’emergenza” tra decretazione d’urgenza e linee guida*, pp. 187 ss.). In generale, sulle linee guida e la teoria delle fonti cfr. C. INGENITO, *Linee guida. Il disorientamento davanti ad una categoria in continua metamorfosi*, in *Quad. cost.*, 2019, n. 4, pp. 871 ss.

ve due riflessioni di carattere generale. Da una parte, si è confermata la necessità di un dialogo tra professionisti sanitari e giuristi<sup>27</sup>: laddove i primi “detengono” le determinanti dell’assistenza sanitaria, anche a livello di organizzazione dei servizi – potendo indicare quali forme rappresentino, alla luce della pratica medica e dell’evidenza scientifica, l’ottimale “punto di caduta” normativo – i secondi sono chiamati ad un essenziale ruolo di “categorizzazione” che, gettando luce sui punti controversi della disciplina da un punto di vista normativo<sup>28</sup>, riaffermi il valore della certezza del diritto anche nell’organizzazione della sanità. Dall’altra parte, nel variegato catalogo degli apporti della dottrina alla riorganizzazione sanitaria sembrano emergere alcune questioni che interpellano direttamente la scienza costituzionale: si pensi, per fare un semplice esempio, alla rilevata tensione tra il PNRR e il riparto di competenze costituzionale, con il rischio che lo scarso coinvolgimento delle Regioni nelle scelte in materia di organizzazione sanitaria negoziate a livello europeo dallo Stato centrale<sup>29</sup> – verosimilmente garantite, peraltro, dall’art. 117, comma 2, lett

<sup>27</sup> Di «alleanza» tra le professioni parlano C. COSTANTINO, W. MAZZUCCO, V. RESTIVO, I.I. MURA, G.M. FARA, G. GIAMMANCO, S. VECCHIO VERDERAME, G.A. MESSANO, C.M. MAIDA, A. CASUCCIO, F. VITALE, *Proposal for an Alliance Between Healthcare and Legal Area Professionals for Shared Public Health and Preventive Strategies in Italy and Europe*, in *Frontiers in Public Health*, 2020, vol. 8, pp. 324 ss.

<sup>28</sup> Si pensi, ad es., alla *vexata quaestio* dello status giuridico dei MMG, che coinvolge profili di diritto del lavoro – potranno ancora dirsi semplicemente “autonomi” o “parasubordinati” professionisti chiamati a svolgere il proprio lavoro in una struttura del tutto pubblica (le Case della Comunità) e nel rispetto una turnazione oraria e di una organizzazione dei servizi verosimilmente loro indisponibili? – e di diritto costituzionale – relativamente alla possibilità di differenziazione regionale del regime giuridico (per un paradigmatico caso v. D. SERVETTI, *Mani legate per le regioni? Considerazioni intorno al ricorso governativo in tema di stabilizzazione del personale medico convenzionato*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2019, n. 3, pp. 1 ss.). Sul tema dei MMG nella riforma dell’assistenza territoriale cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 2, p. 471; G. RAZZANO, *op. cit.*, part. pp. 498-513; C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D’ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, 10 agosto 2022, *paper* disponibile all’indirizzo <https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=47665> [ultimo accesso: 9 giugno 2023]; S.R. VINCETI, *The Legal Status of General Practitioners at the dawn of the New Primary Care in Italy*, in *Annali di igiene, medicina preventiva e di comunità*, 2021, n. 5, pp. 431 ss.

<sup>29</sup> «Nel periodo di predisposizione del PNRR le Regioni sono state [...] coinvolte attraverso una fase di proposta, ossia mediante contributi che avrebbero dovuto rappresentare la base di partenza per l’elaborazione dell’intero Piano. Tali contributi tuttavia non compaiono citati nello stesso Piano e, seppur alcune richieste provenienti dalle Regioni siano state prese in considerazione, è evidente come la compartecipazione nella fase di elaborazione non sia stata sufficientemente curata, forse anche per la celerità dei tempi e il cambio di governo». M. TRAPANI, *Il sistema delle conferenze e il regionalismo dimezzato. Il difficile rapporto tra PNRR e Regioni alla luce delle recenti evoluzioni normative*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 4, p. 182. Nello stesso senso A. SCIORTINO, *L’impatto del PNRR sulle disuguaglianze territoriali. Note introduttive*, in *Rivista AIC*, 2022, n. 3, p. 278 (secondo cui «l’impostazione del modello decisionale di tipo *top-down* del PNRR ha di fatto marginalizzato il ruolo degli enti territoriali diversi dallo Stato»), E. CAVASINO, *L’esperienza del PNRR. Le fonti del diritto dal policentrismo alla normazione euro-governativa*, in *Rivista AIC*, 2022, n. 3, p. 267 (che parla di «prassi normative orientate a ritenere del tutto superato il titolo V parte II della Costituzione e la specialità regionale per effetto del Piano e del diritto euro-nazionale»), nonché, proprio in tema sanitario, F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 1, p. 272 (il quale sottolinea il «pericolo, nell’ordinamento composito euro-unitario, di autonomie “usate” nella fase di implementazione delle politiche e dunque di un coinvolgimento limitato alla produzione di *output* delle politiche stesse, anziché alla loro progettazione partecipata»). Diviene allora naturale sperare che ad uno scarso coinvolgimento “a monte” – in sede di definizione del Piano – si ponga rimedio “a valle” – in sede di attuazione: «L’auspicio è che da qui in avanti l’approccio sia diverso: e la versione finale del PNRR riconosce, in effetti, un ruolo non secondario in capo agli Enti territoriali. [...] Per questo, anche nel contesto del PNRR, laddove ricorrano interessi locali di sicuro rilievo e

a), Cost. – finisca per infirmare la significatività della competenza concorrente regionale in materia di «tutela della salute». Per queste ragioni, dunque, non può che guardarsi con “scientifica trepidazione” al conclusivo rinvio della Prof.ssa Razzano a futuri momenti di studio sulla dimensione giuridica della riforma del servizio sanitario italiano.

---

correlati titoli di competenza le Regioni dovrebbero rivendicare, a pieno diritto, un ruolo attivo di «costruzione» degli interventi assieme al potere centrale, e poi di attuazione, (e così è a dirsi per la riscrittura dei procedimenti amministrativi): tale rivendicazione non è fine a se stessa, ma rappresenta il doveroso portato delle regole costituzionali che declinano l'autonomia quale principio fondamentale dell'ordinamento». C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano tra continuità sostanziale e le sfide del PNRR*, in *Le Regioni*, 2021, n. 1-2, aprile 2021, pp. 151-152. Dalla strutturazione della governance del PNRR, tuttavia, non sembrano venire segnali particolarmente confortanti sul punto, come nota B. PEREGO, *PNRR e Salute nella dinamica della forma di Stato*, in *BioLaw Journal*, 2023, n. 1, p. 106 («[...] almeno ad oggi, l'effettiva partecipazione e capacità amministrativa delle autonomie risultano marginali rispetto all'intervento governativo e delle strutture centrali: ciò viene giustificato, principalmente, avuto riguardo alla necessità di rispettare i tempi di attuazione del Piano stabiliti dall'UE e, al contempo, della maggior capacità degli organi centrali di individuare in tempi più brevi i possibili ritardi e le difficoltà attuative»).

