

MARIACONCETTA D'ARIENZO

Professore associato di Diritto amministrativo presso l'Università degli Studi di Napoli
"Parthenope"

mariaconcetta.darienzo@uniparthenope.it

**LA SANITÀ IN TRASFORMAZIONE: DALLA LEGGE N. 833
DEL 1978 AL DM 77/2022**

**APPUNTI E PROPOSTE SULLA RIFORMA
DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**HEALTH IN TRANSFORMATION: FROM LAW NO. 833 OF 1978
TO MINISTERIAL DECREE 77/2022.**

**NOTES AND PROPOSALS ON TERRITORIAL HEALTH CARE
REFORM**

SINTESI

Il contributo analizza il processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale culminato con l'approvazione del d.m. 77/2022. Assumendo la sanità come punto di vista privilegiato di osservazione per valutare la praticabilità del modello integrato della nuova sanità territoriale, lo studio propone alcuni correttivi necessari a creare le condizioni per assicurare una più equa distribuzione delle risorse per gli investimenti a garanzia dell'uguaglianza nel godimento dei diritti sociali fondamentali che costituisce la condizione imprescindibile per la sopravvivenza del SSN. Ciò allo scopo di salvaguardarne l'unitarietà nella differenziazione e regolare i processi di *governance* che presiedono alla organizzazione e gestione del servizio e la rimozione delle cause di «dequotazione» dei servizi sociali alla persona dovuta altresì alla eccessiva frammentazione e disorganicità delle leggi di settore che ne condizionano l'attuazione e l'efficacia.

ABSTRACT

The paper analyzes the process of territorial healthcare reform culminated with the Ministerial Decree no. 77/2022 approval. Taking health as a privileged point of view of observation to assess the feasibility of the new territorial

health integrated model, the study proposes some corrections necessary to create the conditions to ensure a more equitable distribution of resources devoted to investments aimed at guaranteeing equality in the enjoyment of fundamental social rights which is the essential condition for the survival of the NHS. The aim is safeguarding the unity in differentiation and regulating the governance processes leading service organization and management and the removal of the causes worsening social services devoted to the persons also due to the excessive fragmentation and inconsistency of the sectorial regulation conditioning their implementation and effectiveness.

PAROLE CHIAVE: Governance sanitaria – riorganizzazione infrastrutturale della rete di assistenza sanitaria territoriale – sanità di prossimità – Invarianza del cambiamento – rimedi.

KEYWORDS: Health governance – Infrastructural reorganization of the territorial health care network – Local health – Invariance of change – remedies.

INDICE: 1. Il diritto alla salute e all'assistenza oggi: breve premessa teorica e metodologica. – 2. La sanità in bilico tra problemi di (relativa) insostenibilità e ricerca di equilibri strutturali: i pregiudizi e le rinunce legate allo sviamento del potere dai principi e canoni costituzionali e all'involuzione politica e normativa. Analisi delle cause della «povertà di salute» – 3. Dal «progetto» alla riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, tra rifondazione, riqualificazioni e (false) ripartenze – 4. Il d.m. 77/2022: ultimo atto di un percorso riformatore del SSN teso a ristabilire la «fondamentalità» del diritto alla salute? Considerazioni critiche e proposte di revisione.

1. Il diritto alla salute e all'assistenza oggi: breve premessa teorica e metodologica

Le crisi globali e il clima di instabilità politica fomentato dal conflitto russo-ucraino che attraversano il Paese hanno svelato la disomogeneità nei diversi sistemi sanitari e i rischi per l'effettività del diritto fondamentale alla salute e all'assistenza socio-sanitaria che possono derivare da una incauta gestione a livello centrale e/o regionale delle situazioni ordinarie ed emergenziali, frutto del travisamento di canoni e principi costituzionali che si traduce nella limitazione e/o nella negazione dell'accesso ai servizi¹. L'emergenza sanitaria ha destabilizzato l'assetto istituzionale e organizzativo della sanità disorientando la politica,

¹ Il presente saggio costituisce un aggiornamento degli studi sui profili organizzativi del SSN trattati nella monografia pubblicata dalla scrivente nel 2022 dal titolo *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, edito da Giappichelli.

A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disegualianza*, in *Ist. Fed.* n. 1/2020. C. ACOCELLA, *Snodi dei percorsi di accesso alla tutela dei diritti sociali*, in *Federalismi.it*, n.23/2019.

il legislatore e l'amministrazione e sfidando il sistema che si è trovato in balia della crisi, privo di punti di riferimento certi, nudo e inerme di fronte a carenze e criticità auto-evidenti e talmente gravi da non poter essere più ignorate.

Ha imposto, quindi, la revisione del sistema richiamando i soggetti istituzionali, globali e locali a svolgere una riflessione più ampia che tenesse conto delle reciproche interconnessioni tra salute e benessere globale e ambientale, volte alla individuazione di un modello di assistenza socio-sanitaria in grado di coniugare sostenibilità ambientale, sviluppo economico e contrasto al cambiamento climatico, alle disuguaglianze sociali ed economiche, in un'ottica di giustizia redistributiva, per la tutela delle generazioni attuali e di quelle future². L'avvio di programmi e interventi straordinari di rilancio e resilienza hanno interessato tutti gli aspetti più rilevanti e problematici, dalla *governance*, al finanziamento e alla sostenibilità del SSN i cui capisaldi (universalità, uguaglianza di accesso ai servizi ed equità) garantiscono l'effettività dei diritti di cittadinanza e, quindi, devono essere preservati in base ad una visione allargata ed integrata che consideri, altresì, l'impatto delle decisioni sul *welfare* delle famiglie³.

In questo settore, l'insanabile conflitto Stato-Regioni in materia di "Tutela della salute e gestione del rischio clinico ha prodotto diverse esternalità negative, sia all'interno che all'esterno del SSN e di quelli regionali fortemente differenziati sul territorio, e numerose criticità tutte prioritariamente riconducibili a un generale fraintendimento sul significato e la portata dei principi costituzionali, dal decentramento, al principio autonomistico e di sussidiarietà.

2 E. ARANA GARCIA, *La gestione del Recovery Fund (Next Generation EU) e la necessità di una nuova cultura della gestione amministrativa*, in *Il Dir. dell'econ.*, n. 2/2021. A. E. PICOZZA, *The next generation eu: un passo decisivo verso l'unificazione europea*, in *Dir. e proc. amm.*, n. 2/2022; F. URICCHIO, P. MANNO, *Le emergenze energetiche tra crisi geopolitiche e questione ambientale*, Catanzaro, Rubettino, Soveria Mannelli, 2023. C. ACOCELLA, *Prospettive di convergenza tra sostenibilità ambientale e sviluppo economico nella strategia italiana di contrasto al cambiamento climatico: il caso delle Zone Economiche Ambientali*, in *Passaggi costituzionali*, n.1/2021, p. 177 ss.

3 Su questi temi, di recente, C. ACOCELLA, *Contributo allo studio dell'effettività dei diritti sociali. Decisioni pubbliche e sindacato giurisdizionale all'epoca del ritorno al bisogno del Welfare*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022.

In particolare, quest'ultimo principio in fase applicativa dato luogo a vistose disfunzioni di sistema per problemi strutturali mai affrontati che si sono sedimentati nel tempo anche a causa di scelte di allocazione di risorse sovente non coerenti con gli effettivi bisogni socio-assistenziali della popolazione locale⁴, con ripercussioni evidenti sulla *performance* e i risultati raggiunti da valutarsi volta per volta in base ai livelli di tutela del diritto alla salute ed al rispetto dei principi ispiratori del SSN (equità, accessibilità, garanzia delle prestazioni sanitarie e socio-assistenziali)⁵.

Parallelamente, però, la crisi sanitaria ha stimolato “una sensibilità ordinamentale nei confronti del diritto alla salute e del correlato interesse della collettività”⁶ riscoprendone il carattere fondamentale ed ha impresso una sensibile accelerazione alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale - avviata dal d.l. 34/2020 che, in scia con le previsioni del Patto per la Salute 2019-2021 e gli obiettivi del PNRR, è culminata con la recente approvazione della Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale ad opera del D.M. 23 maggio 2022, n.77.⁷

4 L. GIANI, *Organizzazione territoriale dei servizi sociali: il livello ottimale delle prestazioni*, in *Federalismi.it*, n.16/2016 ha sottolineato il valore della identità regionale e le ragioni della differenziazione territoriale che si esprime nella programmazione degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi per lo sviluppo sostenibile. ID., *L'amministrazione tra appropriatezza dell'organizzazione e risultato: spunti per una rilettura del dialogo tra territorio, autorità e diritti*, in *Nuove Autonomie*, n. 3/2021. L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018. M. MONTEDURO, *L'Organizzazione amministrativa: riflessioni sul pensiero di Domenico Sorace*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 1/2019 e in S. TORRICELLI (a cura di), *Ragionando di diritto delle pubbliche amministrazioni*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2020, p. 77.

5 S. CASSESE, *Che cosa vuol dire “Amministrazione di risultati”*, in *Giorn. dir. amm.*, 9/2004, p. 941. G. CORSO, *Amministrazione di risultati*, in *Annuario AIPDA*, 2002, p. 127 ss.

6 D. MORANA, *Sulla fundamentalità perduta (e forse ritrovata) del diritto e dell'interesse della collettività alla salute: metamorfosi di una garanzia costituzionale, dal caso ILVA ai tempi della pandemia*, Liber amicorum per Pasquale Costanzo, in *www.consultaonline.org*; A. RUGGERI, *I diritti fondamentali, tra riconoscimento normativo ed effettività della tutela*, in *Nuove Autonomie*, n. 2/2022. Cfr., inoltre i contributi di A. CRISANTI e I. NICOTRA, *Diritti fondamentali e pandemia*, G. VALDITARA, *Diritti e pandemia*, F. VARI, *La pandemia di COVID 19 come stress test per i diritti fondamentali: prime note*, ivi, n. 1/2022 - Speciale obbligo vaccinale.

7 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale».

In attuazione della Missione 6 del PNRR⁸, essa punta al rafforzamento delle strutture, dei servizi sanitari di prossimità e dei servizi domiciliari integrati⁹, prevedendo altresì una ri-articolazione del SSN in distretti e dipartimenti di prevenzione¹⁰, che identificano un modello complesso clinico-assistenziale multi-professionale, dinamico e adattabile ai bisogni di cura ed assistenza del paziente¹¹. Con esso si rafforza il rapporto di presupposizione e «servente»

8 Precisamente Missione 6, Componente 1, «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale».

9 L'art. 21 d.p.c.m. 12 gennaio 2017 fa esplicito riferimento ai «percorsi assistenziali integrati» precisando che «nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione delle risorse disponibili formali e informali». Parimenti la «Missione 5» ha investito sulle infrastrutture sociali, sui servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari per le persone con disabilità e nella «Missione 6» si prevedono interventi volti al miglioramento dei servizi sanitari e socio-assistenziali in favore di soggetti fragili, anziani e non autosufficienti, nell'ambito di uno strumento di pianificazione teso a garantire la gestione integrata dei servizi alla persona.

10 In particolare il Distretto evoca la dimensione territoriale come gestione ottimale del servizio pubblico dal punto di vista organizzativo.

11 Cfr. All. 1, par. 3 d.m. 77/2022 utilizza la locuzione «medicina di popolazione» per identificare un modello di assistenza primaria connotato da una forte integrazione socio-sanitaria che vuole essere innanzitutto uno strumento di promozione della salute, predittivo e di prevenzione delle malattie, prima ancora che di cura ed assistenza intercettando i bisogni di salute della popolazione anche avvalendosi dei vantaggi derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie.

Parallelamente la Riforma ripropone le criticità del modello precedente, tra cui il problema dell'inquadramento del rapporto tra SSN e MMG - che attualmente opera in virtù di un rapporto di convenzione libero professionale che taluni vorrebbero trasformare in rapporto di dipendenza [cfr., C. BOTTARI, P. DE ANGELIS, P. D'ONOFRIO, F. LAUS, *Quale nuovo ruolo del Medico di Medicina Generale nella riforma della sanità territoriale?*, in *Federalismi, Oss. Dir. san.* (10 agosto 2022)] - attualmente al centro del dibattito e rispetto al quale sono state avanzate idee e proposte anche attraverso il Manifesto per la medicina generale che vorrebbe riconoscergli il ruolo di primo piano nell'assistenza primaria, al cintempo di decisore e coordinatore del *team* multidisciplinare dalla presa in carico del paziente e nelle fasi successive per tutta la durata della relazione di cura e dell'assistenza. I tempi per raggiungere un accordo in tale senso non sono prevedibili, ma certamente la definizione del ruolo e dei compiti del MMG costituisce la condizione necessaria e sufficiente per la effettiva integrazione di questa figura professionale nel modello di assistenza territoriale voluto dalla Riforma a tutela dei diritti e delle libertà dei professionisti e dell'utenza. L'eventuale trasformazione dell'attuale rapporto di parasubordinazione del MMG caldeggiata dall'UE avrà un impatto significativo sull'organizzazione e sul rapporto tra i professionisti e le COT di sostegno all'attività del medico di fiducia che ragionevolmente, portando avanti nel tempo i rapporti e la relazione di assistenza e di cura con i pazienti e le loro famiglie è il soggetto più qualificato ad indirizzare i suoi assistiti verso le strutture e i servizi presenti sul territorio ove svolge l'attività.

In attesa degli sviluppi e degli esiti della vicenda, che intercetta, tra l'altro, la gestione dei servizi di prossimità, il diritto al godimento delle ferie e la conservazione dei diritti pensionistici, giova evidenziare che la figura professionale è stata per troppo tempo ingiustificatamente sottovalutata innanzitutto dai pazienti che preferiscono affidarsi allo specialista, ma che invece

dell'organizzazione rispetto all'effettività del diritto alla salute¹² che implica la verifica di conformità del modello rispetto all'evoluzione sostanziale e processuale del diritto alla salute che si conferma «il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali»¹³. In effetti, già negli anni '70, fin dalla istituzione del SSN con la legge n. 33 del 1978 l'esperienza ha dimostrato che una buona legislazione sanitaria non è stata in grado di assicurare una tutela efficace, di conseguenza, anche la riorganizzazione dell'assistenza socio-sanitaria, in assenza dei ne-

riveste una straordinaria importanza ai fini della prevenzione, della diagnosi e della cura delle malattie. E' auspicabile, quindi, che nell'ambito di un modello organizzativo fondato su un approccio collaborativo che si pone come evoluzione si pone come la evoluzione organizzativa delle Case della salute, egli possa interpretare il suo ruolo facendosi promotore delle iniziative di sviluppo sostenibile, ed interfacciarsi con gli altri membri del team multidisciplinare e multi-professionale durante il percorso clinico-assistenziale diventando un punto di riferimento per gli assistiti durante la terapia e dopo la cura. A tal fine, il MMG può avvantaggiarsi dell'organizzazione «in rete» dei servizi alla persona inserendosi così più agevolmente in un percorso clinico-assistenziale comune, dimostrando le proprie competenze (prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione) e condividere con il gruppo dei professionisti della salute il percorso clinico-assistenziale del paziente. Tale modello a regime avrebbe il pregio di rafforzare lo stretto legame tra i servizi pubblici a rete e il territorio illustrato da autorevole dottrina nel senso che «i servizi pubblici a rete hanno per scopo essenziale di fornire utilità a collettività stanziata sul territorio; dall'altro essi debbono attraversare il territorio senza barriere, se si vuole che adempiano il loro compito essenziale... essi sono in un rapporto di implicazione reciproca: in tanto i servizi pubblici a rete possono servire tutte le collettività stanziata sul territorio, in quanto essi possono usare il territorio, senza esserne impediti da vincoli o barriere posti da uno o da altro ente esponenziale della collettività» (S. CASSESE, *Servizi pubblici a rete e governo del territorio*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 1997, p.1075 ss.). L. GIANI, *op. ult. cit.*, p. 13 ha chiarito che «(ne) i servizi sociali ... il concetto di rete assume una valenza peculiare, essendo funzionale alla predisposizione di interventi differenziati ed integrati, tesi a soddisfare il "bisogno" del singolo complessivamente considerato e per certi versi garantito dalla predeterminazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Dunque, non un bisogno sociale, un bisogno sanitario, ma un bisogno complessivo della persona».

Sullo stato dell'arte e i possibili sviluppi del processo di digitalizzazione della sanità avviato dal PNRR quale strumento utile intercettare i bisogni di salute, specie dei soggetti più fragili e vulnerabili e come antidoto contro le disuguaglianze e la tutela dei diritti di cittadinanza, cfr., di recente, P. PIRAS, *Innovazione tecnologica e divario digitale*, in *Il Dir. dell'econ.*, n. 2/2022, p. 111 ss.; M.G. RACCA, *La responsabilità delle organizzazioni pubbliche nella trasformazione digitale e i principi di collaborazione e buona fede*, in *Dir. amm.*, n. 3/2022, p. 601 ss.; R. ROLLI, M. D'AMBROSIO, *L'algoritmo nella Pubblica Amministrazione. L'innovazione tecnologica come strumento di contrasto del virus Covid-19 e la necessità di una visione antropocentrica*, in *Il Dir. dell'econ.*, n. 3/2021; M. D'ARIENZO, *La trasformazione digitale della sanità tra problemi organizzative profili di responsabilità professionale*, *ivi*, n. 2/2022, p. 135 ss. S. KRAUS, F. SCHIAVONE, A. PLUZHNIKOVA, A. C. INVERNIZZI, *Digital transformation in healthcare: Analyzing the current state of research*, in *Journal of Business Research*, vol. 123, 2021, p. 557 ss.; F. SCHIAVONE, M. FERRETTI, *The FutureS of healthcare*, in www.elsevier.com/locate/futures.

¹² Di recente su questi temi, A. RUGGERI, *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, in *Dir. reg.*, 2/2022. G. CORSO, *Emergenza e organizzazione*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, 2/2020. M. D'AMICO, *Emergenza e diritti*, in *Riv. Gruppo di Pisa*, 2/2020. L.R. PERFETTI, *L'organizzazione amministrativa come funzione della sovranità popolare*, in *Il diritto dell'econ.*, n. 1/2019, p. 43 ss. G.

cessari presupposti, nei fatti può rivelarsi incapace ad adattarsi ai mutati bisogni di cura ed assistenza e, quindi, ad innescare meccanismi di «autoriparazione» e di «antidoto» contro la malattia ed il dolore¹⁴. Il diritto alla salute identifica l'organizzazione, la struttura che diventano progressivamente sempre più articolate in una realtà in continua evoluzione caratterizzata dall'ampliamento e dalla diversificazione dei diritti la cui attuazione dipende dalla tecnica legislativa utilizzata e dalla qualità delle leggi, a fronte della consapevolezza che «anche di fronte a buone leggi vi è sempre il rischio che la relativa interpretazione e applicazione non siano al passo coi tempi»¹⁵.

Ciò per diverse ragioni, di natura strutturale ma innanzitutto culturale nei confronti di concetto di salute la cui intrinseca dinamicità - caratterizzata, cioè, dall'interazione tra diversi fattori e variabili (di natura biologica, personale, sociale e ambientale) da cui dipende lo stato di benessere psicofisico della persona - e la mutevolezza delle istanze ad esso sottese, in concomitanza con lo sviluppo dei processi sociali e dei mutamenti in atto, rendono il contenuto del di-

TROPEA, *Emergenza, pandemia, sovranità popolare e diritti della persona. Qualche dubbio sulla lettura biopolitica*, ivi, n. 2/2020.

13 L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *Federalismi.it* (22 novembre 2017). A. PIOGGIA, *Di cosa parliamo quando parliamo di diritto alla salute?* in *Ist. fed.*, n. 2/2017. ID., *Diritti dell'individuo e organizzazione della sanità. Quale idea di persona nelle scelte sul funzionamento del sistema?*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. II, *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi*, Bologna, 2019, pp. 589-590. P. CARETTI, *I diritti e le garanzie*, in *www.associazionedeicostituzionalisti.it*. R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà e P. Zatti, Milano, 2010. ID., *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, ivi, p. 22.

14 Già all'epoca la normativa non era in grado di offrire una «copertura totale (ai diritti de)ll'individuo nei confronti del(l'esercizio del) potere» amministrativo di auto-organizzazione discrezionale, né era idonea a recuperare spazi di identità, di dignità e di protezione dei diritti fondamentali ripristinando le «pretese» del cittadino tipiche di uno Stato «neutrale» e non «tiranno» [G. BERTI, *Momenti della trasformazione della giustizia amministrativa*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1972, p. 1863. M.S. GIANNINI, *Istituzioni sociali e Costituzione*, in R. ARTONO, E. BETTINELLI (a cura di), *Povertà e Stato*, Roma, Fondazione Adriano Olivetti, 1987, p. 22 ss. ID., *Stato sociale: una nozione inutile*, in *Il Politico*, 1977, p. 205 ss.; ID., *Il potere discrezionale della pubblica amministrazione. Concetto e problemi*, Milano, 1939, p. 27 ss.]. Da allora la giurisprudenza ha cominciato ad assumere un ruolo creativo e suppletivo nel tentativo di porre rimedio e arginare le conseguenze della «crisi della legge» e dell'amministrazione nei rapporti con i cittadini [M. D'AMICO, *I diritti contesi*, Milano, 2008. C. MORTATI, *Costituzione (Dottrine generali)*, in *Enc. dir.*, vol. XI, Milano, 1971, p. 169; ID., *Istituzioni di diritto pubblico*, vol. I, Padova, 1975, p. 30].

15 R. BALDUZZI, *La tensione tra il principio di indispensabilità della vita umana ed il principio di autodeterminazione*, in P. Macchia (a cura di), *Ai confini delle cure. Terapia, alimentazione, testamento biologico. Profili clinici, giuridici, etici*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2012, p. 54.

ritto ancora più imprevedibile e sfuggente al legislatore ed alla stessa organizzazione sanitaria, e insuscettibile di essere contemplato in formule organizzative in grado di individuarne variabili e costanti ed entro cui canalizzare aspettative legislative e di tutela giurisdizionale di un diritto controverso che si pone al crocevia di norme eterogenee e rispetto al quale la titolarità di funzioni, l'esercizio dei compiti ed attribuzioni implica soprattutto obblighi di protezione di rischi (anche tecnologico) e l'assunzione di responsabilità e doveri inderogabili nei confronti degli utenti.

La difficoltà nasce proprio dal fatto che il diritto alla salute sintetizza entrambe le «dimensioni» la cui convivenza è stata al centro del dibattito intensificatosi in seguito all'avvento della pandemia, oltre che sulle forme e sugli strumenti di garanzia dei diritti fondamentali e dell'effettività degli stessi¹⁶, anche sulla configurabilità o meno di obblighi a carico dello Stato a fini di garanzia e di tutela di un diritto multidimensionale e multilivello che ormai nelle società contemporanee e negli attuali ordinamenti giuridici ha raggiunto un livello di complessità elevatissimo.

Le Riforme di settore convergono verso il comune obiettivo di ristabilire un clima di fiducia nelle relazioni tra poteri dello Stato e tra l'organizzazione e gli utenti del servizio, riempire di contenuti e significati la relazione di cura restituendo per il futuro ai diritti alla salute e all'autodeterminazione del paziente il senso, la consistenza e certezza compatibilmente con la complessità del diritto sociale alla salute e con la pluralità dei bisogni da soddisfare, ottimizzando le risorse e riducendo le spese¹⁷.

¹⁶ Di recente su questi temi D. MORANA, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le corti": vecchie e nuove questioni* e S. CIVITAVESE MATTEUCCI, *Organizzazione amministrativa e indivisibilità dei diritti "oltre le corti"* pubblicati negli Atti del VII Convegno annuale di Diritti Comparati: "La garanzia dei diritti fondamentali oltre le Corti", in www.diritticomparati.it.

¹⁷ Come ho già avuto modo di chiarire ben prima dell'approvazione della Riforma in commento, è questo il senso più profondo della gestione della complessità attraverso le dinamiche istituzionali ed organizzative in vista del cambiamento necessario che contempla la partecipazione dei cittadini e la conseguente assunzione di responsabilità. M. D'ARIENZO, *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, cit., XII.

Esse, quindi, dovrebbero rappresentare l'antidoto nei confronti non delle esternalità negative (parcellizzazione del SSN, squilibrio interregionale tra domanda e offerta e altre discriminazioni nell'accesso ai servizi e alle prestazioni a danno soprattutto delle fasce di popolazione più povere e vulnerabili) quanto piuttosto delle cause le hanno generate, promuovendo il ricorso a forme di coordinamento e collaborazione preordinati alla promozione di processi virtuosi per la diffusione della cultura del benessere ed alla elaborazione di modelli organizzativi dinamici e duttili, gli unici in grado di assecondare l'innovazione e i cambiamenti strutturali, organizzativi e comunicativi, valorizzare l'apporto degli attori istituzionali e dei professionisti della salute, personalizzare ed umanizzare l'assistenza e la cura in considerazione dell'unicità della persona umana e nel rispetto della sua dignità.

Sul presupposto, quindi, che l'evoluzione dell'assetto istituzionale e organizzativo postula il carattere 'aperto' delle strutture socio-sanitarie e ospedaliere che prestino una maggiore attenzione alla dimensione umana ed esistenziale della persona, valorizzando il ruolo ordinativo e proattivo correlato alla *mission* dell'organizzazione orientata alla salute e al benessere dei cittadini¹⁸, l'efficacia della legislazione e, quindi, dell'organizzazione, superando il clima di tensione politica che ha determinato gli insuccessi delle Riforme degli anni '90, l'innalzamento delle barriere territoriali e la proliferazione delle differenze economiche e sociali, si identifica con la capacità di «omologazione» tra quanti vivono nella stessa cornice ordinamentale.

Ciò postula che la garanzia del diritto fondamentale alla salute - identificato con lo stato di completo benessere psico-fisico della persona nei diversi contesti di vita e di lavoro – non sia astratta ma concreta ed effettiva. Essa, pertanto, non può prescindere dalla sussistenza di un'organizzazione idonea allo scopo, in base ad una prospettiva che presuppone una stretta interdipendenza

18 M. MONTEDURO, *L'Organizzazione amministrativa: riflessioni sul pensiero di Domenico Sorace*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 1/2019 riprendendo il pensiero di D. SORACE, *Libertà delle persone con disabilità e discrezionalità delle amministrazioni pubbliche*, in R. BELLI (a cura di), *Libertà inviolabili e persone con disabilità*, Milano, 2000, spec. pp. 41-43 e 50.

tra la salute e il corrispondente diritto da soddisfare con il concetto di effettività dello stesso in base agli specifici bisogni da soddisfare e, di conseguenza, la correlazione tra domanda di salute e l'offerta di prestazioni, cura ed assistenza socio-sanitaria che sia tempestiva, soddisfacente ed appropriata.

Al netto delle note difficoltà interpretative ed applicative dell'art. 32 Cost., l'amministrazione di prestazione e di servizio assume un ruolo chiave ai fini del soddisfacimento di un diritto per natura e carattere complesso, vittima com'è della frammentazione del processo decisionale che si riflette sulla determinazione dei LEA e sulla garanzia dei medesimi sul territorio nazionale, è in bilico tra effettività ed ineffettività della tutela.

Ciò soprattutto a causa di valutazioni che sottovalutano l'essenza ed il contenuto del diritto in questione il quale in passato e ancora oggi si scontra con una diffusa inadeguatezza strutturale ed organizzativa ed altre carenze ed inefficienze rispetto alle quali l'intervento del giudice sovente si è rivelato inadeguato e insufficiente a soddisfare il bisogno di salute¹⁹. E ciò innanzitutto per la difficoltà di coniugare la doverosità ed uniformità di tutela del diritto in questione con le scelte di allocazione delle risorse che ripropone il problema di individuare «chi» e «a quali condizioni» possa assicurare modi e forme di garanzia effettiva del godimento dello stesso su tutto il territorio nazionale²⁰.

La prospettiva muta radicalmente quando ci si sposta da una logica di «speranza di cura»²¹ a quella di «spettanza», in considerazione del fatto che oggi il diritto fondamentale alla salute che i Costituenti hanno inteso «elevare a “pre-

19 Cfr., S. CIVITAVESE MATTEUCCI, *Organizzazione amministrativa e indivisibilità dei diritti "oltre le corti"*, cit., p. 56.

20 A. LUPO, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, in *Dir. reg.*, n. 2/2023. Nel frattempo l'effettività della tutela del diritto alla salute sembrerebbe in gran parte compromessa soprattutto nelle Regioni meno performanti sottoposte da tempo a Piano di rientro come riconosciuto dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 20 del 2023 che ha dichiarato incostituzionale la L. R. Molise 23 giugno 2022, n. 1 evidenziando «l'anomalia di un commissariamento della sanità regionale che si protrae da oltre tredici anni (...) con tutte le ripercussioni che esso determina sulla forma di governo regionale, sui livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sull'equilibrio finanziario della sanità» (punto 7 cons. dir.).

21 L'espressione è di D. MORANA, *L'effettività del diritto alla salute "oltre le Corti": vecchie e nuove questioni*, in *Riv. Diritti Comparati*, n. 1/2022, p. 19.

condizione” dell’effettivo godimento del ricco patrimonio di diritti conferito dalla Costituzione ai cittadini»²² evoca una molteplicità di concetti: qualità della prestazione, appropriatezza terapeutica, sicurezza delle cure che «è parte costitutiva del diritto alla salute ... e si realizza anche mediante l’insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all’erogazione delle prestazioni sanitarie e l’utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative» (ex art. 1, co.1 legge n. 24/2017).

La specificazione del contenuto del diritto e delle attività dirette a soddisfarlo conferma il legame inscindibile tra la tutela del diritto alla salute e l’organizzazione territoriale diretta a soddisfarlo²³ - responsabilizzandola nella fase di programmazione, regolazione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni - ed esalta l’importanza del profilo organizzativo che costituisce il fulcro della riforma dell’assistenza sanitaria territoriale attraverso la creazione di una rete capillare di strutture di prossimità al fine di garantire un livello di assistenza territoriale più elevato a garanzia dell’effettività del diritto alla salute.

In essa, il diritto alla salute si carica di ulteriori significati, potendo essere declinato come «diritto all’esistenza dell’organizzazione»²⁴, «pretesa al mantenimento di un assetto potenziale di interessi predefinito attraverso una serie di scelte di organizzazione»²⁵ e, ancora, «pretesa della collettività a realizzare, con le risorse disponibili, i bisogni che essa esprime»²⁶ che si concretano in «doveri positivi inderogabili» conformi e rispettosi dei diritti sociali a prestazione «inviolabili» nel loro nucleo essenziale in quanto istituzionalmente diretti pienamente a soddisfarli²⁷. Essi, quindi,

22 M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011, p. 22.

23 A. PIOGGIA, *La lezione dell’epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist.fed.*, Numero Speciale, 2020, p. 17. M. CONTICELLI, *La crisi sanitaria: tra disegno organizzativo e regime delle competenze*, ivi, p. 102.

24 G. ROSSI, *Principi di diritto amministrativo*, 3a ed., Torino, Giappichelli, 2017, p. 114.

25 A. PIOGGIA, *Diritto all’aborto e organizzazione*, cit., p. 189.

26 M. INTERLANDI, *Danno da disservizio e tutela della persona*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2013, p. 76.

27 Per un approfondimento sul tema si rinvia a M. D’ARIENZO, *op.cit.*, spec. Cap. 2, parte II.

«conformano» l'esercizio del potere discrezionale della P.A., di conseguenza eventuali rimodulazioni organizzative che si rendessero necessarie per essere legittime devono conciliare le esigenze di ottimizzazione e di economicità del servizio con le legittime aspettative di assistenza e di cura che, pur nella loro diversità e specificità, sono accomunati dalla missione specifica loro affidata volta al benessere psico-fisico degli utenti e al miglioramento del quadro epidemiologico di base puntando sulla gestione pro-attiva del rischio all'interno e all'esterno dei strutture e centri specialistici di elevata qualità e sicurezza, facilmente accessibili che puntino soprattutto sulla promozione della salute attraverso la prevenzione e gestione delle infezioni e delle malattie.

In un sistema fortemente innovativo e di prossimità l'evoluzione tecnologica e digitale non è percepita più come una complicazione e/o un pericolo, ma anzi, previa individuazione del fabbisogno di governo clinico, dovrebbe essere funzionale e prodromica alla proposta di specifici strumenti organizzativi e gestionali se non, addirittura, la risposta più efficace ai problemi che da sempre costituiscono «stimoli esigenziali» per lo sviluppo di nuove soluzioni organizzative.

Il diritto alla salute oggi rappresenta il fine ultimo di un modello operativo che impone la necessità di ripensare e progettare il territorio, ridefinire il sistema delle cure primarie, riconsiderare il ruolo, le funzioni e l'importanza dell'assistenza sanitaria di base (essenziale) costruita intorno alla persona e ai suoi bisogni di salute intervenendo con metodi, strumenti e tecnologie appropriate.

Condivisione, interscambiabilità delle conoscenze e delle risorse, partecipazione e condivisione delle scelte di programmazione e organizzative caratterizzano la «doverosità complessa»²⁸ dell'organizzazione sanitaria, l'attività e le relazioni dei componenti il *team* multidisciplinare, e in tale contesto il diritto alla salute rappresenta, al contempo un fine e un valore plurisoggettivo

²⁸ A. PIOGGIA, *Salute, diritti e responsabilità medica: una storia italiana*, in *Dir. amm.*, n. 3/2018, p. 517 ss.

dell'ordinamento giuridico immediatamente precettivo e cogente. L'obiettivo è appunto quello di assicurare al bene una protezione «in via primaria, incondizionata e assoluta come modo di essere della persona umana» esplicitandosi così il collegamento tra gli artt. 2 e 32 Cost. Ne consegue che il diritto sociale alla salute attribuisce al titolare la pretesa all'ottenimento di una prestazione positiva preventiva o recuperatoria dalla P.A., *in primis* all'accesso a servizi e prestazioni di qualità, cui si correla il diritto all'azionabilità in giudizio ai sensi dell'art. 24 Cost., anche eventualmente *ante causam* nei confronti di atti e provvedimenti lesivi del diritto fondamentale alla salute e della dignità della persona²⁹.

E' su tali premesse che l'indagine intende verificare: a) l'impatto della Riforma sulla tenuta del SSN dal punto di vista economico-finanziario, costituzionale ed amministrativo e sul fronte della tutela del diritto alla salute da sempre conteso tra uniformità e differenziazione territoriale che ad oggi non hanno trovato il giusto equilibrio in un sistema fondato sul decentramento competitivo;³⁰ b) la sostenibilità della Riforma in cui la riorganizzazione sistemica del SSN riparte dalle Case della Comunità e gli Ospedali della Comunità, ossia da strutture di prossimità facilmente raggiungibili, vivibili, attrezzate e popolate da

29 F. GOISIS, *La pretesa alla adeguata organizzazione dei servizi sociali: profili di tutela giurisdizionale*, in M. RENNA, C. MICCICHÈ, P. PANTALONE (a cura di), *La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, p. 59 ss.

30 F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, in *Federalismi.it*, n. 15 del 2019. L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, n. 1/2020. A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist. Fed.*, numero speciale, 2020 ha analizzato la questione del regionalismo differenziato in sanità per sottolineare l'importanza dei servizi socio sanitari strumentali all'attuazione di una «parte essenziale del progetto costituzionale» che vale ad identificare l'«idea di persona, di società [...] e del ruolo» dello Stato e dell'organizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 32 Cost e con il sistema di protezione della salute, i principi e le finalità di cui alla legge n. 833/1978. L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato tra peculiarità territoriali e coesione nazionale*, in *Astrid Rassegna*, n. 11/2018. A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in *AA.VV.*, *Regionalismo differenziato: Un percorso difficile*. Atti del convegno «Regionalismo differenziato: opportunità e criticità», Milano, 2019, in *www.csfederalismo.it*. G. ARMAO, *La degradazione dei diritti sociali, l'aggravamento del divario nord-sud e le prospettive del regionalismo differenziato*, in *Dir. e proc. amm.*, 1/2020. R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, in *www.forumcostituzionale.it*. A. LUCARELLI, *Regionalismo differenziato e incostituzionalità diffuse*, in *Dir. pubbl. eur.* – *Rassegna on-line*, numero speciale 2/2019. S. STAIANO, *Diritti sociali e regionalismo differenziato*, in *Corti supreme e salute*, n.1/2020.

personale socio-sanitario adeguato dal punto di vista numerico e delle competenze, avvalendosi dell'apporto quotidiano indispensabile dei MMG. Sfruttando al meglio le risorse del PNRR per erogare servizi e prestazioni di qualità, la Riforma punta alla valorizzazione dei professionisti che vi operano rappresentano essi gli assi portanti del nuovo modello organizzativo tarato sul fabbisogno epidemiologico e il rischio epidemico e tale da garantire l'accesso alle cure attraverso una piena presa in carico della persona, ovunque si trovi, presso le strutture di prossimità in grado di fornire un'assistenza diffusa sul territorio³¹.

2. La sanità in bilico tra problemi di (relativa) insostenibilità e ricerca di equilibri strutturali: i pregiudizi e le rinunce legate allo sviamento del potere dai principi e canoni costituzionali e all'involuzione politica e normativa. Analisi delle cause della “povertà di salute”

L'approccio fortemente innovativo ispira alla logica della legge n. 833/1978 la quale, muovendo dal presupposto che è compito dell'organizzazione garantire l'effettività del diritto alla salute essendo la prima a ciò finalizzata e da esso condizionata³², ha sancito i doveri e i ruoli dell'organizzazione sanitaria prefigurando un modello organizzativo tripartito tra Stato, Regioni ed enti locali cui competeva, rispettivamente, la direzione della politica sanitaria attraverso il PSN e il finanziamento, la programmazione e il coordinamento degli interventi, la responsabilità della gestione delle USL).

31 Si segnala, in proposito, il Rapporto 2023 della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica (*«Una sanità alla ricerca di nuovi equilibri»* e *«Gli investimenti in sanità: tra fondi ordinari e PNRR»*), nella parte dedicata allo studio degli investimenti effettuati con i fondi ordinari e quelli previsti con le risorse del PNRR, ove si sottolinea la necessità di procedere ad una più razionale programmazione degli stessi al fine di *«ridurre i costi di manutenzione; rispondere adeguatamente alla spinta delle politiche ambientali ed energetiche; calibrare gli interventi sulle necessità di potenziamento dell'assistenza territoriale; superare criticità connesse alla vetustà del patrimonio; economizzare sui costi sopportati per gli affitti dei locali utilizzati; mettere in sicurezza le strutture dai rischi sismici»*. Su tale premessa la Corte ha salutato con favore il progetto di revisione del SSN prevista dal PNRR e, in particolare, il potenziamento dell'assistenza territoriale, evidenziando parallelamente la necessità di procedere in tempi brevi all'adeguamento delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche conseguibili attraverso la semplificazione delle procedure, compatibilmente con l'entità dei finanziamenti stanziati dall'UE per la costruzione della nuova sanità di prossimità.

32 Cfr. Corte cost. 27 novembre 1998, n. 383.

Tale assetto ben presto si è rivelato inidoneo allo scopo e fonte di inefficienze che ne hanno imposto la integrazione e la modifica negli anni '90³³ (d.lgs. n. 502/1992 e d.lgs. n. 517/1993) coincide con il riconoscimento alle Regioni di un ruolo più significativo in materia di funzionamento ed organizzazione delle AUSL assumendo la responsabilità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché poteri di pianificazione e di indirizzo della sanità, su cui è intervenuto il d.lgs. n. 229/1999 specificando i rispettivi ambiti di intervento sugli aspetti organizzativi e funzionali sottraendo spazi all'autonomia regionale. Già in questa fase, tuttavia, la difficoltà di conciliare l'effettività del diritto alla salute con l'esigenza di contenimento della spesa pubblica ha aperto la strada al federalismo fiscale e all'affermazione di modelli di *welfare* sanitario idonei a preservare l'unità nella differenziazione, garantendo i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale.

Da quel momento, tuttavia, si è sviluppata la tendenza tale per cui la razionalizzazione della spesa sanitaria ha assunto un peso significativo nelle scelte di politica sanitaria fino a diventare l'obiettivo prioritario e preponderante a scapito dell'effettività del diritto alla salute. Di conseguenza il settore ha subito una significativa regressione sia dal punto di vista degli investimenti che della qualità e quantitativo delle prestazioni erogate dall'organizzazione la quale ha progressivamente smarrito la sua funzione dimostrandosi sempre meno all'altezza del compito affidatole.

E' questa probabilmente la cifra del disvalore sociale attribuito al diritto costituzionale alla salute e alla dignità della persona e della deriva del SSN che, in seguito alla parcellizzazione in tanti modelli differenziati regionali, ha smarrito la funzione e le caratteristiche di «sistema di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle pre-

33 S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in AA.VV. (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano, Giuffrè, 1999, p. 21.

stazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale»³⁴. E' noto che a partire dal 2008, l'avvento e il susseguirsi delle crisi economica, sanitaria, migratoria, bellica ha determinato lo stato di perdurante inattuazione del Titolo V della Costituzione ascrivibile a diversi e concomitanti fattori che si abbattono sulla effettività dei diritti sociali e, segnatamente, del diritto alla salute prima, durante e oltre l'emergenza sanitaria. Penso al passaggio al sistema di finanziamento dei servizi sanitari condizionato da scelte normative statali che ha penalizzato soprattutto le Regioni in piano di rientro, minando dalle fondamenta la stabilità e l'efficienza del sistema sanitario, ma anche all'infelice formulazione ed interpretazione dell'art. 117, co 2 Cost., specie con riguardo alla determinazione dei Lea, una materia la cui trasversalità è stata ripetutamente invocata e strumentalizzata al fine di erodere (nel senso di limitare o condizionare) gli spazi riservati all'autonomia legislativa regionale nelle materie di legislazione concorrente o esclusiva delle Regioni in deroga al riparto delle competenze tra i livelli di governo della sanità, fino al punto di sottrarre il potere legislativo alle Regioni anche negli aspetti attinenti alla organizzazione del servizio.

Tale interpretazione, chiaramente sbilanciata in favore della legislazione statale, si è consolidata durante l'emergenza sanitaria includendo anche le funzioni amministrative nelle materie che dovrebbero essere trasferite alle Regioni. Di conseguenza essa, lungi dall'assicurare l'uniformità e il godimento omogeneo del diritto alla salute sul territorio nazionale, ha amplificato le differenze territoriali e le disuguaglianze nell'accesso ai servizi socio-sanitari innescando una forte reazione da parte delle Regioni che reclamano «uno spazio decisionale ritenuto indispensabile per attuare modelli di sviluppo che necessitano di norme e di assetti istituzionali specifici»³⁵ ex art. 116, comma 3, Cost e nel rispetto dei principi di cui all'art. 119 Cost.

34 R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *Bio-Law Journal*, n. 4/2021, p. 41.

35 M. INTERLANDI, *Il ruolo degli enti locali per lo sviluppo del territorio, nell'era della "ripresa" e della "resilienza": verso nuovi assetti istituzionali*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 1/2021, p. 143.

In tale contesto irrompe la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale che trova nel territorio il suo essenziale punto di riferimento e che quindi, per essere attuata, necessita di un radicale cambiamento dell'attuale sistema di *governance* al fine di correggere le disfunzioni del sistema nel tentativo di ristabilire l'equilibrio esigenze di uniformità, differenziazione regionale e garanzia dell'effettività (dell'esercizio e del godimento) del diritto alla salute e della tutela³⁶. In vista di tale obiettivo, occorre riconsiderare l'autonomia legislativa regionale in base al territorio, quale luogo di emersione dei diritti e degli interessi della comunità, e ripensare il SSN sotto la lente dei principi che rappresentano «un limite costituzionale invalicabile *contro ogni forma di disuguaglianza che possa derivare dall'appartenenza territoriale*»³⁷, ponendo al centro la persona e le risorse umane, in linea con l'esperienza e il modello costituzionale e coerentemente con scelta di «assegnare ai doveri l'identico rilievo dati ai diritti»³⁸ rimuovendo gli ostacoli che si frappongono al raggiungimento del benessere socio-sanitario.

Invero, nel dibattito sulla riforma del SSN si è finora dato per lo più risalto ad altri aspetti (quali la distribuzione delle risorse, la rimodulazione dei rap-

36 Cfr., A. RUGGERI, *L'autonomia legislativa delle Regioni, rivista dall'angolo visuale dei diritti e i suoi ossimori*, in *Dir. reg.*, n. 3/2018 ha chiarito come in realtà sovranità statale e autonomia territoriale vengano spesso erroneamente posti in contrapposizione perchè considerati concetti o modelli antitetici, ma in realtà essi «quali concetti fluidi e indeterminati tendono nell'esperienza a confondersi e a costituire un unicum inscindibile, internamente articolato valore fondamentale alla perenne ricerca di un equilibrio non raggiunto e assai problematicamente raggiungibile per cause plurime ascrivibili essenzialmente alla politica responsabile di aver contribuito alla diffusione di un'idea distorta di autonomia».

37 L'espressione tra virgolette è di G. MOSCHELLA, *La lezione della pandemia e la prospettiva di una ridefinizione del rapporto Stato-Regioni e del bicameralismo paritario*, in G. ARMAO, F. ASTONE, M. IMMORDINO, G. MOSCHELLA, V. PRUDENTE (a cura di), *Specialità e differenziazione*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022, p. 19. A. RUGGERI, *La specialità regionale: dalle sofferte e non gratificanti esperienze del passato (e del presente) una lezione da mettere a frutto nella ricerca di una nova e qualificante identità*, in *Dir. reg.* n. 2/2022. A. CONTIERI, F. ZAMMARTINO, *Note sparse sul regionalismo differenziato: il caso delle Città Metropolitane*, in M. IMMORDINO, N. GULLO (a cura di), *Le autonomie speciali nella prospettiva del regionalismo differenziato*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2021, p. 81 ss. A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in *Dir. reg.*, n. 2/2020, p. 3. A proposito dello *stress test* a cui sono stati sottoposti i principi costituzionali durante l'emergenza sanitaria rendendo difficile e talvolta imbarazzante il bilanciamento tra valori e diritti costituzionali, cfr., A. RUGGERI, *Il Coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di tenuta*, in *Dir. reg.*, n. 1/2020. Ancor più di recente su questi temi, F. MANGANARO, *Regionalismo differenziato e divari di cittadinanza nelle più recenti proposte di riforma*, in *www.giustiziainsieme.it*, 2023, p. 19.

38A. RUGGERI, *Emergenza sanitaria e tutela dei diritti sociali*, in *Dir. reg.*, n. 2/2022, p. 483.

porti Stato/Regioni, il riparto delle competenze) che hanno, altresì, condizionato gli sviluppi e gli esiti del progetto di riforma per l'attuazione dell'autonomia differenziata fondata sul principio di leale collaborazione tra i diversi livelli di governo statale e regionale che insieme danno vita ad una sinergia concertata e condivisa in funzione dei diritti e degli interessi da tutelare attraverso l'integrazione delle competenze. Solo marginalmente si è posta attenzione alla ridefinizione del ruolo dell'ospedale e dei relativi standard quali-quantitativi e delle cure primarie con la riconversione del ruolo del MMG e delle strutture di cura ed assistenza socio-sanitaria in base ad una visione unitaria del sistema che tenga conto dell'analisi dei bisogni di salute ed assistenza della popolazione³⁹.

L'errore più grossolano e ricorrente di metodo e di impostazione è consistito nell'attribuire un rilievo prioritario al problema della distribuzione delle risorse necessarie per gli investimenti rispetto alla valutazione dei costi delle prestazioni ed alla previa individuazione e valutazione dell'effettivo fabbisogno di servizi e prestazioni idoneo a soddisfare i diritti dell'utenza. Ciò nel tempo ha generato un effetto a catena ampliando ulteriormente gli squilibri territoriali e le discriminazioni nell'accesso ai servizi socio-sanitari ed assistenziali a danno dei residenti di alcune Regioni in cui la domanda di salute è tutt'ora sottostimata e che non a caso reclamano maggiori spazi di autonomia normativa ed organizzativa. Tale è stata la causa principale dell'inadeguatezza delle politiche sanitarie e sociali e del disallineamento rispetto ai capisaldi del SSN ed agli obiettivi delle Riforme. Per non parlare delle politiche di *spending review* i cui effetti si propagano nel tempo, imponendo tagli alle risorse e una riorganizzazione socio-sanitaria che anche di recente ha comportato la chiusura o l'accorpamento

39 Nel frattempo ferve il dibattito sulla proposta di specializzazione universitaria dei MMG in spregio al divieto imposto dalla Direttiva UE 86/457/CEE (art. 2) successivamente aggiornata (2001/19/CE), e recepita in Italia dal DLgs. 8 luglio 2003, n.277, che ha affidato alle Regioni la gestione dei corsi di formazione di base e la determinazione del contingente numerico dei medici da formare. All'esito del percorso formativo, il diploma rilasciato dalle Regioni non costituisce di per sé titolo per l'assunzione dei medici di base presso il Distretto sanitario o le Case di comunità, (art. 15 del DLgs. 30 dicembre 1992, n.502), essendo a tal fine necessaria una legge *ad hoc*.

di interi reparti non finalizzata ad innalzare il livello quali-quantitativo dei servizi erogati né volta a stabilire le modalità di fruizione uniforme dei servizi e delle prestazioni sul territorio nazionale. Tali problematiche affondano le loro radici nelle Riforme degli anni '90 che per quanto collocate in epoche diverse e distanti da quella attuale, sono accomunate dalla pretesa di colmare i *gap* territoriali, nonostante la forte e via via crescente conflittualità tra Stato e Regioni sui rispettivi titoli competenziali, il problema della ripartizione del finanziamento in relazione ai bisogni delle singole regioni, l'inappropriatezza clinica e organizzativa dei SSR e le altre cause di variabilità territoriale alla base della passata, presente e futura insostenibilità economica e sociale del settore⁴⁰. Il problema ha delle radici più profonde che si rinvengono nella Costituzione, al netto delle riforme costituzionali, oltre che naturalmente negli interventi normativi che nel tempo hanno dato vita e corpo alla legislazione sanitaria. All'emersione dei fattori e le cause della fragilità del SSN e le «*disfunzioni di fondo (capaci) di minare l'intero sistema (...) o le sue parti essenziali*»⁴¹ non è seguita l'individuazione degli *asset* strategici per lo sviluppo del sistema Paese né la predisposizione delle misure più idonee a rimuovere gli ostacoli alla piena realizzazione del diritto fondamentale alla salute, alla cura e all'assistenza. Ciò non ha scalfito il ruolo fondamentale dell'organizzazione che «*si pone (...) come una 'presa di coscienza' dei fini; (...) incanala l'attività, la costringe a quella misura, ne costituisce la guida immanente*»⁴², ma ha alimentato i dubbi circa la idoneità e adeguatezza della

40 Cfr., Relazione annuale della Banca d'Italia e, in particolare le considerazioni del Governatore Visco che ha sottolineato in Italia si registrano divari e differenze territoriali superiori alla media europea che possono essere attenuate solo con l'innalzamento della qualità dei servizi e l'introduzione di sistemi di monitoraggio e strumenti di intervento *ad hoc* volti ad assicurare i risultati sperati che i ritardi accumulati nella transizione al modello di sanità digitale, l'invecchiamento del personale in assenza di *turn over* e la carenza di competenze specialistiche rispetto ai servizi offerti dallo Stato hanno finora progressivamente allontanato. Tante le aspettative riposte nell'attuazione del PNRR che si auspica possa interrompere questo *trend* negativo in relazione a ciascuno dei profili testè accennati che costituiscono obiettivi specifici del Piano.

41 M.S. GIANNINI, *Rapporto sui principali problemi dell'Amministrazione dello Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1982, p. 715. S. CASSESE, *Rapporto sulle condizioni delle pubbliche amministrazioni*, Dipartimento per la funzione pubblica, Roma, 1993.

42 M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Milano, 1966, p. 125 ha chiarito che essa «*Appunto perché modellata sugli interessi che deve curare, l'organizzazione reagisce su tali interessi e ne influenza la realizzazione, assumendo una funzione attrattiva e direttiva nell'intero*

struttura organizzativa a garantirne l'effettività, rappresentano un ostacolo all'esercizio della funzione istituzionale nell'attuale contesto sociale, economico, politico e culturale. Inoltre, le difficoltà di coordinamento e di raccordo tra le politiche sanitarie statale e regionali hanno portato all'adozione di scelte di salute discutibili dando la stura al dibattito sul rapporto tra organizzazione e tutela dei diritti, servizi pubblici e prestazioni sociali, e già all'indomani della legge 23 dicembre 1978, n. 833 le difficoltà «esistenziali» dell'organizzazione connesse alla gestione politicizzata del sistema hanno determinato il fallimento del modello pubblicistico palesando la necessità di una controriforma⁴³.

Il cambio di paradigma tanto atteso attuato dai dd.lgs. nn. 502/1992 e 517/1993 e proseguito con il d.lgs. n. 229/1999 e dal d.l. 13 settembre 2012, n.158, conv. nella legge 8 novembre 2012, n. 189, è coinciso con l'avvio del processo di aziendalizzazione fondato sulla gestione manageriale del SSN e il passaggio ad un sistema aperto alla partecipazione di operatori privati accreditati e alle regole del mercato che tuttavia, fin dall'inizio non ha convinto per l'opposizione di coloro che reclamavano il rispetto dei principi che costituiscono i capisaldi del SSN e il mantenimento dell'intervento pubblico in materia, accantonando le esigenze di mercato in favore della programmazione pubblica e dell'integrazione tra pubblico e privato. Per effetto di tali tensioni la speri-

*processo di soddisfazione di essi (...); essa è coordinamento, disciplina, razionalizzazione dell'attività, forzante adeguamento di questa ad essenziali canoni organizzativi (in primo luogo, dell'efficienza e dell'economia), in fin dei conti quindi, anche sotto questo profilo, orientamento e direzione dell'attività». L'A. paventa il rischio di confusione dell'attività nell'organizzazione ipotizzato da G. BERTI (*La pubblica amministrazione come organizzazione*, Padova, 1968, p. 250). G. CORSO, *Le norme costituzionali sull'organizzazione*, in AA.VV., *La pubblica amministrazione nella Costituzione: riflessioni e indicazioni di riforma*, Atti del XX-XIX Convegno di studi di scienza dell'amministrazione (Varenna 1993), Milano, Giuffrè, 1995, p. 44. A. PIOGGIA, *Organizzazione amministrativa*, in S. Cassese (diretto da), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Milano, 2006. ID., *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2011, p. 33. G. Pastori, *L'amministrazione da potere a servizio*, in M.R. SPASIANO (a cura di), *Il contributo del diritto amministrativo in 150 anni di Unità d'Italia*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012, p. 47 ss.*

43 G. BERTI, *La riforma sanitaria nel quadro della programmazione*, in AA.VV., *Il servizio sanitario nazionale*, Atti del convegno sulla legge n. 833/1978 (Parma, 22-23 giugno 1979), Milano, Giuffrè, 1981, p. 66 ss. F. MERUSI, *I servizi pubblici degli anni 80*, in *Il diritto amministrativo degli anni '80*, Milano, Giuffrè, 1987. ID., *Servizi pubblici instabili*, Bologna, Il Mulino, 1990. Già allora, infatti, il SSN è stato tacciato di erogare prestazioni di scarsa qualità e inoltre eccessivamente burocratizzato, fonte di sprechi e di corruzione frutto di una gestione poco avveduta e ad esclusivo appannaggio degli interessi della politica.

mentazione di modelli alternativi è giunta fino ai giorni nostri nel tentativo di assicurare un livello elevato di tutela al diritto alla salute affinché anche il SSN e l'organizzazione potessero ritrovare le rispettive caratteristiche e funzioni e il "Paese ... la sua vocazione all'organizzazione"⁴⁴.

Soprattutto con l'avvento del modello di *New Public Management* il senso di smarrimento del SSN e dell'organizzazione ha raggiunto livelli altissimi. Da quel momento si è avviato un circolo vizioso a ciclo continuo che ha prodotto effetti devastanti portando il SSN alla deriva, oltre alla insoddisfazione degli operatori e alla fuga dei medici dalle strutture sanitarie le quali ancora oggi risultano "scarnificate" dall'interno dei protagonisti del processo di auto-rigenerazione utile al cambiamento culturale che dovrebbe essere alla base della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale. In mancanza, infatti, qualunque Riforma risulta inidonea a ristabilire l'equilibrio alterato dalla privatizzazione della sanità attuato dalle controriforme degli anni '90 da cui è derivato un sensibile ridimensionamento della valenza sociale del SSN che da quel momento in poi ha mostrato una maggiore propensione per il mercato e alla produttività piuttosto alla soddisfazione della domanda di salute e dei bisogni degli utenti⁴⁵. Da questo punto di vista, com'è noto, il ricorso all'integrazione pubblico-privato ha

44 U. ALLEGRETTI, *Il trattamento dell'epidemia di "coronavirus" come problema istituzionale e amministrativo*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, n. 1/2020, p. 457.

45 F. SALVIA, *Valore e limiti della managerialità nella pubblica amministrazione*, in *Dir. econ.*, 1996, p. 587. F.G. COCA, *La pubblica amministrazione come organizzazione*, in L. MAZZAROLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. COCA (a cura di), *Diritto amministrativo*, vol. I, 2a ed., Bologna, Il Mulino, 1998, p. 441. R. FERRARA, *Organizzazione e principio di aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: spunti problematici*, in C. BOTTARI, P. TULLINI, *La dirigenza sanitaria. Amministrativisti e lavoratori a confronto*, Rimini, 2004, p. 53 ss. D. SORACE, *Organizzazione*, in M. BOSSI, N. MARASCHIO (a cura di), *Io parlo da cittadino. Viaggio tra le parole della Costituzione italiana. I principi fondamentali*, Firenze, 2008, p. 157. A. PIOGGIA, *La riforma sanitaria e l'introduzione di elementi aziendalistici nelle organizzazioni sanitarie pubbliche*, in A. PIOGGIA, S. CIVITAVESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO (a cura di), *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011, p. 79 ss. ID., *Diritti dell'individuo e organizzazione della sanità. Quale idea di persona nelle scelte sul funzionamento del sistema?*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. II – *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi (muovendo dalle opere di Fabio Roveri Monaco)*, Bologna, 2019, p. 579 ss. C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. I, Studi introduttivi, Bologna, 2018, p. 546; ID., *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, n. 1/2016, p. 66.

comportato un progressivo arretramento del modello pubblicistico e il venir meno del patto di sostenibilità tra sanità ed economia basato sulla reciproca interrelazione tra programmazione sanitaria ed economica e sullo stretto legame «con» e «tra» PSN e SSN che costituisce la condizione imprescindibile per la stessa sopravvivenza del SSN e il fondamento delle Riforme (cfr., artt. 3 co. 2 e 53 co. 2 legge n. 833 del 1978), oltre che sull'equilibrio tra salute e cura anch'esso in parte compromesso dalle riforme degli anni '90 responsabili dell'insostenibilità finanziaria del servizio pubblico che rischia di cedere il passo alla sanità privata con grave pregiudizio per l'effettività della tutela dei diritti fondamentali sempre più «cedevole» e recessiva rispetto alle esigenze di mercato⁴⁶.

Ben presto, quindi, i nodi della Sanità territoriale sono venuti al pettine, frutto di un evidente errore di impostazione e di metodo che si è tradotto nell'adozione di scelte politiche ed organizzative «finanziariamente orientate» inefficaci e dannose perché non sorrette da un progetto di riforma focalizzato su altre priorità da affrontare e risolvere (assenza di *turn-over*, carenza di personale specialistico, riorganizzazione della rete di assistenza territoriale).

Ne è derivato un ritardo attuativo che si è accumulato negli anni dovuto a una serie di fattori concomitanti (*in primis* la programmazione sanitaria che costituiva un privilegio solo per alcuni territori e regole poco chiare⁴⁷ che hanno

46 AA.VV., *Diseguaglianze territoriali insostenibili e doveri perequativi inderogabili*, in *P.A. Persona e Amministrazione*, n. 2/2021, p. 3 ss.

47 R. FERRARA, *L'incertezza delle regole tra indirizzo politico e "funzione definitoria" della giurisprudenza*, in *Dir. amm.*, 2014, p. 651 ss. G. TROPEA, *(In)certezza del diritto e Stato giurisdizionale: il caso dell'abuso del diritto e del processo (riflessioni a margine di V. Omaggio, Saggio sullo Stato costituzionale, Torino, 2015)*, in *Dir. proc. amm.*, 2017 p. 1063 ss. F. MANGANARO, *Cenni sulla (in)certezza del diritto*, in G. DE GIORGI CEZZI, G. GRECO, G. MORBIDELLI, P. L. PORTALURI, F. G. SCOCA (a cura di), *Scritti in onore di Ernesto Sticchi Damiani*, Tomo I, Napoli, 2018, p. 487 ss.; G. GRECO, *Certezza del diritto e giurisprudenza creativa (a proposito della c.d. autonomia procedurale degli Stati membri dell'U.E.)*, in V. FANTI (a cura di), *Diritto e processo amministrativo. Giornate di studio in onore di Enrico Follieri*. Atti del Convegno Lucera, 22-23 giugno 2018, Tomo II, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2019, spec. p. 959. G. PALMA, *Considerazioni intorno all'attuale problematicità della "certezza della norma" e l'attività di interpretazione-esecuzione della legge in sede di giurisdizione e di attività amministrativa*, in *Federalismi.it*, 19 giugno 2019. S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in ID. (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, Napoli, Editoriale Scien-

favorito gestioni scorrette⁴⁸, l'assenza di programmazione e la mancata approvazione dei PSN e di quelli regionali e provinciali indispensabili per monitorare nel tempo il fabbisogno di salute, assistenza e di cura della popolazione al fine di assicurarne la piena soddisfazione).

Da allora l'intenzione di ristabilire le condizioni di coesistenza e sostenibilità del SSN (cfr. artt. 20,21 e 22) e delle Riforme recuperando i rapporti tra sanità e mercato e tra salute e cura (prevenzione delle malattie) e gli equilibri perduti (integrazione pubblico-privato) sulla base di visione d'insieme della Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale è diventata un obiettivo e una priorità⁴⁹. Ci si auspica, quindi, il «ritorno» alla Legge n. 833 del 1978 citata che tra l'altro, proprio perché era già caratterizzata da un approccio integrato ed equilibrato volto a garantire livelli elevati di tutela della salute (cd. *One Health*), è stata precursore della modifica degli artt. 9 e 41 Cost. ad opera della legge. cost. 11 febbraio 2022, n. 1. L'antidoto alle storture e alle criticità e carenze di sistema costituiscono delle priorità assolute (reperibilità delle risorse umane, ricambio generazionale, ripristino del PNS) che, in attesa degli sviluppi e degli esiti della recente Riforma dell'assistenza sanitaria approvata con il d.m. 77/2022, necessiteranno di continui aggiustamenti e aggiornamenti attraverso l'individuazione di soluzioni strutturali e strumenti giuridici adeguati alla elaborazione di un modello di sviluppo complessivo della salute, dell'ambiente e dell'ecosistema, frutto di una idea riformista che presuppone una prospettiva generale e una visione di insieme, com'era nella legge n. 833 del 1978⁵⁰.

tifica, 2020, p.11 ss.

48 C.E. GALLO, *Le conseguenze patrimoniali della cattiva amministrazione*, in AA.VV., *Antidoti alla cattiva amministrazione: una sfida per le riforme*. Napoli, Editoriale Scientifica, 2017, spec. p. 143 ss.

49 In senso critico con riferimento alla gestione della crisi sanitaria, nonché a proposito dell'impatto legislazione emergenziale sull'effettività della tutela dei diritti sociali, M. MAZZAMUTO, *Il difetto di una visione d'insieme della vicenda pandemica*, in *Nuove Autonomie, Speciale obbligo vaccinale*, 2022.

50 B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale*, in *Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019, p. 121. A. PIOGGIA, *Dopo quaranta anni la riforma dei servizi psichiatrici contiene ancora una importante lezione sul servizio pubblico e sul suo ruolo*, in *Ist. fed.*, 2018, p. 819.

Rientrata l'emergenza sanitaria, il rischio collasso del SSN è ancora piuttosto elevato.⁵¹ Nonostante l'incedere dell'evoluzione del diritto alla salute, del concetto di salute e della sanità (che costituisce parte integrante della tutela della salute), la 'povertà di salute' è un fenomeno e una realtà che sta assumendo proporzioni molto significative spingendo il legislatore, i Governi e le Amministrazioni a riflettere sui principi e gli ideali che hanno ispirato l'istituzione dell'OMS e l'avvento della Costituzione e l'istituzione del SSN.

3. Dal «progetto» alla riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, tra rifondazione, riqualificazioni e (false) ripartenze

L'evoluzione normativa legata a profondi cambiamenti (dal punto di vista istituzionale e organizzativo, ma innanzitutto culturale e comportamentale e di approccio) e connessa a significativi fenomeni come la povertà sanitaria legata al progressivo abbassamento dello *status* socio-economico e ad altri fattori indipendenti dalla volontà del singolo che producono effetti visibili e talvolta danni permanenti sulla salute dei cittadini accelerando il processo di invecchiamento e, in alcuni casi, provocandone anche la morte prematura.

Effettivamente, nascere e crescere in un contesto di povertà durante le fasi di recessione economica senza alcuna possibilità di affrancarsi riduce l'aspettativa di vita nei territori in cui dalle differenze sociali ed economiche sviluppano nuove povertà e disuguaglianze sanitarie che relegano tali soggetti ai margini della società e dalle attività dell'organizzazione dirette promuovere il benessere e uno stile di vita salutare e sostenibile, la qualità della vita, in particolare, di quella urbana e l'autonomia di tutte le persone, specie attraverso la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie invalidanti per la salute e la di-

⁵¹ Specie in alcune Regioni (come il Piemonte) esso desta particolare preoccupazione tra i sindacati, le associazioni di volontariato e di utenti, organizzazioni professionali, comitati spontanei, pazienti e medici che hanno dato vita a un Comitato di difesa per la tutela del diritto alla salute e alle cure oltremodo pregiudicati dall'assenza di programmazione, dai tagli e dai mancati investimenti nel settore che hanno prodotto esternalità negative, quali liste d'attesa e la fuga dei professionisti dalla Sanità pubblica.

gnità delle persone, in deroga ai principi costituzionali su cui essi si fondano, ovvero sul principio di uguaglianza e di libertà⁵².

La povertà sanitaria identifica essa stessa una malattia che affligge la nostra società e rappresenta una sfida per il legislatore da sempre impegnato nella ricerca di un antidoto efficace che si conferma essere l'organizzazione la quale conserva la sua centralità anche nella recente Riforma che ne esalta la strumentalità e flessibilità e, in particolare, il legame inscindibile con il principio di buon andamento⁵³. Quest'ultimo, infatti, ne connota la funzione e non si identifica con «alcuna delle specifiche esigenze che al principio costituzionale vengono più comunemente ricondotte, e in particolare con quella di efficienza»⁵⁴ e, quindi, del raggiungimento dello scopo a tutti i costi⁵⁵ prescindendo dal bilanciamento degli interessi.

52 C. BOTTARI, *La persona e i diritti fondamentali nel sistema ospedaliero*, in *AIC*, n. 2/2022. G. Cilione, *Diritto sanitario*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli, 2019, p. 118 ss. utilizza questa espressione per sottolineare il nesso indissolubile che intercorre tra la politica sanitaria e quella urbanistica, ambientale, dei trasporti, considerato il ruolo che la salute occupa in tutte le politiche e i programmi adottati a livello europeo, nazionale e locale, in ossequio ad un modello *Health Cities* promosso dall'OMS nell'ambito del programma *Health for All in the 21st Century* che risponde all'esigenza di prevenire e limitare per quanto possibile i rischi per la salute pubblica.

53 S. CASSESE, *Sulla buona amministrazione e sulle riforme*. Conclusioni del Convegno annuale Aipda "Antidoti alla cattiva amministrazione: una sfida per le riforme", Roma, 8 ottobre 2016, in *www.diritto-amministrativo.org*, *Il diritto alla buona amministrazione*, in *European Review of Public Law*, vol. 21, n. 3, 2009, pp. 1037-1047 e in *Studi in onore di Alberto Romano*, vol. I, Napoli, Editoriale Scientifica, 2011, pp. 105-113. D. SORACE, *La buona amministrazione e la qualità della vita, nel 60° anniversario della Costituzione*, in *www.costituzionalismo.it*. F. TRIMARCHI BANFI, *Il diritto ad una buona amministrazione*, in M.P. CHITI, G. GRECO (a cura di), *Trattato di Diritto Amministrativo Europeo*, Tomo I, 2a ed., Milano, Giuffrè, 2007, p. 49 ss. M. S. GIANNINI, *Il buon andamento dell'amministrazione: una rilettura e principi per un ripensamento (Riattraversando gli articoli 95, 3° comma e 97, 1° comma della Costituzione)*, in AA.VV., *Scritti in onore di Massimo Severo Giannini*, III, Milano, Giuffrè, 1988, p. 804. G. FALZONE, *Il dovere di buona amministrazione*, Milano, Giuffrè, 1953, p. 27 e, in precedenza, R. RESTA, *L'onere di buona amministrazione*, in *Studi giuridici in onore di S. Romano*, vol. II, Padova, Cedam, 1940, spec. pp. 104 e 114. Di recente sul tema, D.U. GALETTA, *Digitalizzazione e diritto ad una buona amministrazione (il procedimento amministrativo, fra diritto UE e tecnologie ICT)*, in R. CAVALLO PERIN, D.U. GALETTA (a cura di), *Il diritto dell'amministrazione pubblica digitale*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 85 ss. ID., *Transizione al digitale e diritto ad una buona amministrazione: fra prospettive aperte per le Pubbliche Amministrazioni dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e problemi ancora da affrontare*, *Federalismi. it*, n. 7/2022. A. MORRONE, *Verso un'amministrazione democratica. Sui principi di imparzialità, buon andamento e pareggio di bilancio*, in *Dir. amm.*, n.2/2020, spec. p. 384 ss.

54 F. LEDDA, *L'attività amministrativa*, in *Il diritto amministrativo degli anni '80*, Atti del XXX° Convegno di Studi di Scienza dell'Amministrazione. Varenna – Villa Monastero 1984, Milano, Giuffrè, 1987, p. 98 ss.

55 M.S. GIANNINI, *Istituzioni di diritto amministrativo*, Milano, Giuffrè, 1982, p. 263.

E' ormai lontana l'epoca, risalente alla fine degli anni '70, in cui l'ente erogatore delle prestazioni si identificava con il solo ente ospedaliero in base all'organizzazione dell'assistenza fondata sul sistema mutualistico del tutto slegato dalla tutela della salute e agganciato, piuttosto, alla tutela dei lavoratori a cui occorreva garantire la necessaria assistenza sanitaria e ospedaliera in caso di malattia. Tale assetto è stato completamente rivisitato dalla legge n. 833/1978 istitutiva del SSN ove gli enti ospedalieri hanno ceduto il posto ai presidi ospedalieri (USL, successivamente trasformate in AUSL (d.lgs. n. 502/1992) Aziende Ospedaliere, Aziende integrate Università-Regione introdotte dal d.lgs. n. 517/1999) operanti in un sistema a rete caratterizzato dalla coesistenza di ruoli e dalla compresenza tra integrazione socio-sanitaria affidata all'ASL, funzioni assistenziali di competenza comunale e prestazioni socio-sanitarie (d.lgs. n. 229/1999), solo successivamente ripartite tra i Comuni e la ASL ad opera del DPCM 14 febbraio 2001 il quale si colloca, tuttavia, in un quadro normativo complessivo che rivela una forma di «subalternità» dei servizi sociali che è alla base della disuguaglianza socio-sanitaria.

La prospettiva, infatti, muta radicalmente se ci si pone nell'ottica della necessaria reciproca integrazione tra prestazioni sanitarie, assistenziali e servizi sociali e nei rapporti tra questa e gli enti territoriali - avvinti in una rete di reciproca cooperazione - in base all'evoluzione del concetto di salute e in attuazione dei principi costituzionali, sul presupposto che *«la legalità resta il parametro dell'azione, ma l'efficienza il risultato»*⁵⁶ a cui tende l'organizzazione. Il problema

56 In quest'ottica, la Riforma rinsalda il legame con il territorio per la tutela della salute umana, promuovendo l'iniziativa pubblica e privata nell'attuazione degli obiettivi del SSN sfruttando le potenzialità e i vantaggi che dell'azione combinata dei soggetti del pluralismo sociale ed istituzionale che se, da un lato esprime l'autonomia e la diversità, al contempo, tutela e rappresenta sia l'autonomia che le esigenze di uniformità tra loro non inconciliabili.

P. CALANDRA, *Il buon andamento dell'amministrazione pubblica*, in *Studi in memoria di Vittorio Bachelet, Amministrazione e Organizzazione*, vol. I, Milano, Giuffrè, 1987, spec. pp. 157 e 161. M. R. SPASIANO, *Nuove riflessioni in tema di amministrazione di risultato*, in M. IMMORDINO, C. CELONE (a cura di), *La responsabilità dirigenziale tra diritto ed economia*, Atti del convegno internazionale Palermo, 6-7 giugno 2019, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, p. 253 ss.; ID., *Funzione amministrativa e legalità di risultato*, Torino, Giappichelli, 2003, p. 8 ss.; ID., *Il principio di buon andamento: dal meta-giuridico alla logica del risultato in senso giuridico*, in *Ius Publicum*, 2011, p. 3. S. PERONGINI, *Principio di legalità e risultato amministrativo*, in M. IMMORDINO, A. POLICE, (a cura di), *Principio di legalità e*

sorge nella fase di attuazione pratica del processo di osmosi e di interferenza tra le discipline e i saperi in relazione all'operatività dei principi sul piano della effettività dei diritti sociali e della necessità di soddisfarli e, di conseguenza, dell'adeguatezza dell'organizzazione allo scopo, in un contesto dominato dalla crisi della legge, dell'Amministrazione e dell'organizzazione che affonda le sue radici nella «grave incertezza sulla funzione odierna dell'amministrazione e sul suo modo di adempiere ai compiti che le sono affidati»⁵⁷.

In tale situazione, la creazione delle condizioni normative, organizzative e finanziarie per raggiungere entro il 2026 in tutte le Regioni l'operatività del modello di sanità sostenibile ed efficiente a livello globale, rappresenta la sfida della prossimità nel SSN, ma anche un'opportunità irrinunciabile per completare il processo di revisione del ruolo dell'Amministrazione avviato negli anni '90, che postula il riconoscimento dei doveri dell'organizzazione conformata alle mutevoli esigenze di una società in cui i diritti sociali trovano finalmente cittadinanza e quella centralità che è all'origine della trasformazione dell'organizzazione che assume la titolarità di diritti, ma anche di doveri di solidarietà nei confronti dei consociati per il bene comune e dei doveri di cooperazione e leale collaborazione con i pubblici poteri nascenti dalla consapevolezza del valore dell'esistenza suscettibili di conformare il diritto vivente.

Tale consapevolezza permea di sé la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale di cui al D.M. 77/2022 che si prefigge obiettivi ambiziosi che possono essere così sintetizzati: a) l'attivazione dei Distretti e delle Case della Comunità

Amministrazione di risultati, Torino, Giappichelli, 2004, p. 39 ss. A. ZITO, *Il risultato nella teoria dell'azione amministrativa*. Atti del Convegno (Palermo, 27-28 febbraio 2003), ivi, p. 87 ss. Di recente, D. VESE, *L'efficienza dell'organizzazione amministrativa come massimizzazione dei diritti fondamentali*, in *P.A. Persona e amministrazione*, n. 1/2019. V. MOLASCHI, *La rilevanza dell'organizzazione dei servizi pubblici sull'effettività dei diritti sociali*, in M. RENNA, C. MICCICHÈ, P. PANTALONE (a cura di), *La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, spec. p. 27 ss. A. RUGGERI, *Disordine del sistema delle fonti, crisi della legge e ruolo del giudice (tornando a riconsiderare talune correnti categoriche teoriche alla luce delle più salienti esperienze della normazione e dei più recenti sviluppi istituzionali)*, in www.giuricost.org; ID., *Omissioni del legislatore e tutela giudiziaria dei diritti fondamentali*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 1/2020.

⁵⁷ F. SATTÀ, *Introduzione a un corso di diritto amministrativo*, Padova, Cedam, 1980, spec. pp. 44 e 53.

in tutte le Regioni entro il 2026; b) il superamento del de-finanziamento del SSN rispetto alla media europea investendo le risorse sul personale, sulle tecnologie e sulla riorganizzazione del SSN ampliando e finanziando il LEPS; c) riequilibrare il rapporto tra sanità pubblica e privata salvaguardando la centralità della *governance* pubblica e prevedendo un apporto integrativo del privato accreditato, per proteggere la salute umana dalle future pandemie, specie dei soggetti più vulnerabili, in maniera uniforme ed omogenea in tutte le Regioni in base ad una visione sistemica e ad un'analisi rigorosa, aderente ai bisogni della popolazione, con un impatto, ci si augura significativo sul riequilibrio dei rapporti tra Stato e Regioni inaspriti dalla riforma dell'autonomia differenziata. Il rinnovamento e la riqualificazione del SSN - che si attua anche attraverso il coinvolgimento degli Enti del Terzo Settore (ETS) in qualità di referenti privilegiati ai fini del monitoraggio e dell'analisi del fabbisogno di salute della popolazione⁵⁸ - passa necessariamente per il ripristino e la salvaguardia dei capisaldi della Riforma del 1978 (equità, solidarietà, universalità), sfruttando l'opportunità del PNRR, in base ad una visione condivisa e partecipata della comunità territoriale finalizzata all'innalzamento dei livelli di salute e della qualità delle prestazioni erogate sul territorio nazionale all'interno di un unico innovativo modello integrato sanitario e socio-assistenziale per la tutela del bene comune alla salute, alla cura e all'assistenza.

In tale modello, l'erogazione delle prestazioni, uniche e non replicabili, presuppone, quindi il ricorso a forme d'integrazione e di coordinamento tra il livello di pianificazione degli obiettivi, la struttura organizzativa e le relazioni tra i diversi soggetti (medici, personale sanitario ed amministrativo) avvinti in rapporti e relazioni interdisciplinari che si riflettono sulla fisionomia dei servizi e delle prestazioni erogate.

⁵⁸ C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2021. R. MORZENTI PELLEGRINI, *Il ruolo del terzo settore nel sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in F. MANGANARO, V. MOLASCHI, R. MORZENTI PELLEGRINI, D. SICLARI, (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2020. L. TORCHIA, *Dall'amministrazione dell'emergenza all'amministrazione della ricostruzione: responsabilità, controlli e tempestività*, in *Astrid Rassegna*, n. 5/2020.

L'organizzazione, complessa e aperta al confronto con attori pubblici e privati, è sempre più interconnessa con altre organizzazioni, pertanto, compatibile con una visione «allargata» della responsabilità che può concretamente fungere da antidoto contro le conseguenze della crisi economica, con un impatto significativo atteso sulla qualità dei servizi e dei professionisti, sull'accessibilità alle prestazioni, sull'accoglienza della struttura sanitaria, sulla personalizzazione della relazione terapeutica, della cura (e relativa differenziazione) e della prestazione sanitaria, sull'impiego efficiente delle risorse, in base a un approccio multidimensionale e «funzionalizzato» alla tutela dei diritti e dei valori della persona espressi dalla Costituzione⁵⁹.

La centralità fisica, psicologica e sociale della persona nel sistema organizzativo, costituisce al contempo un principio, un valore ineludibile e un diritto correlato al concetto polisenso di «umanizzazione» della cura e dell'assistenza⁶⁰ che si sviluppa in un rinnovato contesto comunicativo e relazionale in cui campeggia la persona con le sue esigenze non solo fisiche e funzionali, ma anche psicologiche, emotive e relazionali. In quest'ottica, la revisione del rapporto tra struttura sanitaria e cittadino, e tra organizzazione e utente richiede, tra l'altro, un ripensamento dei rapporti tra programmazione sanitaria e pianificazione territoriale e interventi-azioni strutturali, organizzative e comunicative che valorizzino la persona e la dignità dell'utente nella consapevolezza del valore che l'individuo nella sua globalità rappresenta.

59 U. ALLEGRETTI, *Valori costituzionali e pubblica amministrazione: un nuovo inizio?*, in *Amministrazione pubblica e Costituzione*, Padova, Cedam, 1996. N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Torino, Einaudi, 1990. ID., *Sui diritti sociali*, in G. NEPPI MODONA (a cura di), *Cinquant'anni di Repubblica italiana*, Torino, Einaudi, 1997, p. 122. G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, p. 755. C. PINELLI, *Il discorso sui diritti sociali all'epoca della crisi economica*, in *www.europeanrights.it*. S. CASSESE, L. TORCHIA, *La Costituzione dei diritti e la Costituzione delle prerogative*, in *Foro it.*, 2018, p. 10.

60 Declinato come diritto al tempo, diritto all'informazione e alla documentazione sanitaria, diritto alla certezza del trattamento indipendentemente dai conflitti personali e organizzativi, dall'evoluzione normativa e dai confini territoriali, diritto alla fiducia e alla qualità del servizio, in termini di strutture, professionisti e operatori, diritto al riconoscimento della specificità ed alla differenziazione e, infine, come diritto di vivere una vita quanto più è possibile «normale» nonostante la malattia.

Dall'emergenza Covid-19 al PNRR fino alla recente riforma dell'assistenza territoriale di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77⁶¹, la sanità si conferma la cartina di tornasole per valutare lo stato di salute o di malattia dello Stato sociale di diritto⁶².

La Riforma dovrebbe rappresentare l'occasione per riorganizzare il SSN nel suo complesso, ma ad un sommario esame dei contenuti non si può fare a meno di evidenziare come con essa, ciclicamente, si ripropongono le principali sfide del SSN: dalla diffusione di nuove varianti del Covid 19⁶³ all'emersione di nuovi virus, dalla prevenzione delle infezioni e del contagio da Sars Cov-2 per allontanare lo spettro del Long Covid⁶⁴ alla ricerca di vaccini efficaci, dalla carenza di personale, alle liste d'attesa, ecc. In attesa degli sviluppi futuri e monitorando lo stato di attuazione del PNRR che punta, tra l'altro, al potenziamento della medicina territoriale.

Viene, quindi, da chiedersi in prospettiva quale possa essere, in particolare, il futuro delle Case di Comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali Operative Territoriali, occorrendo verificare - al netto dei progetti di revisione

61 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» pubblicato in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022.

62 In questo senso, cfr., V. SAIJA, *Tutela della salute e garanzia del diritto all'istruzione nello stato di emergenza. Nuove opportunità e vecchi problemi alla sfida della pandemia*, in *Corti Supreme e salute*, n. 3/2020, p. 2 ss.

63 Preoccupa la situazione in Spagna dove proprio in questo periodo si registra un rialzo significativo di diffusione della variante Arturo e del numero delle vittime del virus destinato certamente ad aumentare in assenza di un vaccino efficace. L'OMS ha segnalato l'avvento di una nuova pandemia in Cina che a partire dal mese di giugno farà registrare milioni di casi ogni settimana.

64 Nei giorni immediatamente successivi all'alluvione in Emilia Romagna è scattato l'allarme infezioni e sono stati somministrati ai residenti e ai volontari centinaia di vaccini antitetano e contro la Dengue. A destare preoccupazione è altresì l'allarme lanciato dal DG di Oms Europa il quale avverte che per quanto il Covid-19 non sia più un'emergenza sanitaria pubblica globale ogni settimana nella sola Regione Europea si contano migliaia di morti, senza sottovalutare l'eredità dell'infezione, il cd. Long Covid che secondo l'*Institute for Health Metrics and Evaluation* dell'Università di Washington a Seattle, è stato sperimentato da circa 36 milioni di persone in tutta la regione europea dell'OMS nei primi 3 anni della pandemia. Trattasi di una condizione piuttosto invalidante per molte persone impossibilitate a condurre una vita normale se i ricercatori non svilupperanno una diagnostica e un trattamento specifici. Fino ad allora, occorre sensibilizzare la popolazione a vaccinarsi per ridurre al minimo il rischio del contagio, specie i soggetti vulnerabili, gli anziani, le persone con condizioni mediche di base e gli immunodepressi per i quali Oms Europa chiede di garantire almeno il 70% di copertura vaccinale, comprese le dosi di richiamo primarie e aggiuntive.

ed integrazione della normativa di settore in fieri - «se», «in che misura» e «come» possano realizzarsi gli obiettivi prioritari della Riforma.

Dubbi e perplessità si appuntano sulla sostenibilità della Riforma e sull'attuazione del progetto sottostante al D.M. n. 77/2022 per il fondato timore che si possa ricadere nella medesima situazione che si è presentata all'indomani dell'approvazione della l. n. 833 del 1978 a causa delle perduranti contraddizioni che interferiscono sugli obiettivi condizionando l'efficacia della Riforma. Ora come allora si palesano diverse carenze, gravi insufficienze del sistema unitamente ad altre difficoltà «esistenziali» dell'organizzazione, all'epoca erano connesse alla gestione politicizzata del SSN e che avevano determinato il fallimento del modello pubblicistico palesando la necessità di introdurre gli opportuni correttivi all'interno di una riforma del sistema. Ed infatti, il SSN è stato tacciato di erogare prestazioni di scarsa qualità e inoltre di essere eccessivamente burocratizzato, fonte di sprechi e di corruzione frutto di una gestione poco avveduta e ad esclusivo appannaggio degli interessi della politica. Da allora, il SSN si è progressivamente trasformato da «strumento fondamentale in funzione della tutela della salute (a) ... servizio più rilevante socialmente, diffuso in tutto il territorio nazionale e più oneroso»⁶⁵ e anche l'organizzazione dello stesso a livello regionale, ha progressivamente smarrito le sue caratteristiche e la sua funzione al servizio del diritto alla salute e della salvaguardia del suo nucleo essenziale. Ciò a causa di oltre che di scelte politiche poco avvedute, di diversi, concomitanti e ricorrenti fattori.

Mi riferisco, innanzitutto, ai finanziamenti che riguardano per lo più gli aspetti organizzativi, ossia l'utilizzazione degli spazi, l'attuazione di modelli e la realizzazione delle Case di Comunità⁶⁶ e degli Ospedali di Comunità dislocati

65 V. CAPUTI JAMBRENGHI, *Stato sociale e tutela della salute*, AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. I – *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi (muovendo dalle opere di Fabio Roversi Monaco)*, Bologna 2019, p. 520.

66 Locuzione che richiama il modello assistenziale delle «Case della salute» (d.m. 10 luglio 2007) quali «*strutture polivalenti in grado di erogare l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie, rappresentando così la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie*» e «*il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti*

sul territorio. Penso, inoltre, al servizio di assistenza domiciliare che richiama l'attenzione sulla importanza della «questione demografica» rispetto alla quale la carenza delle risorse umane determina una situazione a dir poco paradossale idonea a svelare l'ennesima contraddizione del modello organizzativo e della Riforma rispetto agli obiettivi del PNRR⁶⁷, secondo il quale «la casa (dovrebbe rappresentare il) primo luogo di cura», ripercuotendosi sulla fiducia risposta «dab» paziente «verso» l'operatore e da questi nei confronti della struttura sanitaria, che avrebbe dovuto essere una priorità, ma che la riforma sembra del tutto ignorare. In contesti dominati dalla competizione e dai conflitti tra lo Stato e le Regioni e tra le stesse Regioni che la tendenza alla statalizzazione del servizio ha acuito durante l'emergenza sanitaria finendo per svilire il ruolo delle Regioni e degli ee.ll. nella programmazione dei servizi mortificando gli istituti della partecipazione di utenti e cittadini, sembrerebbe esserci spazio solo per gli attuali modelli organizzativi territoriali diversificati tra le Regioni e a cui corrispondono altrettanti differenti modi di tutela dei diritti sociali⁶⁸. Profili questi, fin qui

contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito». C. MICCICHÈ, Il valore giuridico della partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali, in M. RENNA, C. MICCICHÈ, P. PANTALONE (a cura di), La partecipazione dei cittadini all'organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese, cit., p.17 ss.

67 A. BARONE, F. MANGANARO, PNRR e Mezzogiorno, in *Quad. cost.*, 1/2022, p.148 ss. S. STAIANO, Il Piano nazionale di ripresa e resilienza guardato da Sud, in *Federalismi.it*, n.14/2021. L. VENTURA, A. MORELLI, Il paradossale percorso dei diritti sociali, in *Forum di Quad. Cost.*, n. 2/2021.

68 Preoccupa, in particolare, la condizione delle persone più fragili e vulnerabili costrette a rinunciare alle cure di base e intermedie, non solo e non tanto a causa di difficoltà economiche, quanto piuttosto delle lunghe liste di attesa per visite urgenti e non procrastinabili. Essa identifica una prassi che ha dato vita ad un circolo vizioso su cui c'è concretamente il rischio che nel prossimo futuro possano innestarsi percorsi poco rispettosi per la dignità di gruppi di persone, vittime di emarginazione ed esclusione dal SSN nel contesto in cui vivono. I dati e le statistiche attestano che il recupero delle liste d'attesa procede con lentezza e intanto aumenta il *gap* tra le regioni in alcune delle quali si registrano notevoli ritardi ricoveri, *screening* e prestazioni ambulatoriali che allontanano progressivamente il raggiungimento degli obiettivi, specie nelle Regioni meridionali a causa dello scarso sfruttamento delle risorse disponibili. Ciò si verifica soprattutto in alcune Regioni ove alla tendenza degli ospedali a delegare la gestione delle malattie croniche indirizzando risorse e personale verso la gestione delle fasi acute della malattia non è finora seguita la realizzazione di nuove strutture e/o la riconversione e l'adeguamento di quelle preesistenti e/o la riqualificazione e razionalizzazione degli spazi verso nuove realtà che siano il frutto di una visione d'insieme e sostenute da una adeguata gestione delle risorse e del personale. B. G. DI MAURO, L'urbanistica rigenerativa "condivisa": tra attualità (PNRR), desiderio (amministrazione condivisa) e scopo (sussidiarietà orizzontale), in *Dir. e proc. amm.*, n. 3/2022.

solo accennati, che tuttavia danno l'idea dell'invarianza del cambiamento e della sanità⁶⁹.

Dalla legge di Bilancio per il 2023 non provengono segnali confortanti, soprattutto se confrontati con il contesto più generale della crisi economica ed energetica suscettibili di impattare, tra l'altro, anche sugli sviluppi e gli esiti del progetto di riforma dell'autonomia differenziata in materia sanitaria⁷⁰.

E in effetti, si paventa il rischio che «*mantenendo la distribuzione della spesa storica si cristallizzerebbero le disuguaglianze*»⁷¹ nell'accesso alle infrastrutture ospedaliere, specie nelle Regioni meridionali ove si registrano le maggiori criticità.

Non a caso, i rischi maggiori per la *governance* sanitaria provengono proprio dal PNRR e dalle previsioni della Legge di Bilancio che lasciano presagire un sistema in cui proliferano le disuguaglianze e il decongestionamento degli ospedali che, quand'anche fosse un obiettivo possibile, non sarebbe un antidoto efficace contro fenomeni divenuti ormai quasi endemici e incontrollabili. Mi riferisco, in particolare, all'assenza e/o alla chiusura dei reparti⁷², all'incremento delle liste di attesa, alla carenza di personale, alla fuga dei medici dal SSN e alle aggressioni ai sanitari, senza considerare la mobilità interregionale di pazienti,

Cfr. Report dell'OMS nel 75° anniversario dalla sua istituzione in occasione della Giornata mondiale della salute intitolata «*Health for All*» del 7 aprile u.s. Si rinvia per gli approfondimenti in tema al Report dell'Agenas sulla condizione di esigibilità dei LEA ospedalieri che utilizza un modello di valutazione multidimensionale delle *performance* manageriali del sistema aziendalistico sanitario e rappresenta un valido e preciso strumento di valutazione delle politiche sanitarie espresse dalle diverse Regioni e delle attività manageriali dei direttori generali.

69 I. CAVICCHI, *Il riformista che non c'è. Le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento*, Bari, Edizioni Dedalo, 2014, p. 28. A. ZITO, *Dall'epoca del cambiamento al cambiamento d'epoca: il ruolo delle pubbliche amministrazioni nella prospettiva del giurista*, in *P.A. Persona e amministrazione*, n. 1/2019. S. STAIANO, *Dinamiche della frattura Nord-Sud. Il perdurare dell'asimmetria territoriale come questione democratica*, in *Riv. pol. Soc.*, 4/2020. A. MORRONE, *Stato sociale e disuguaglianze. Persistenze costituzionali e problemi aperti*, in *Riv. Dir. Sicur. Soc.*, 4/2020. A. ROMEO, *Sviluppo economico e disuguaglianze territoriali: il divario Nord-Sud nell'Italia del nuovo millennio*, in *Dir. amm.*, 4/2020.

70 Ferve il dibattito sul D.L. Calderoli, temendosi la proliferazione delle disuguaglianze regionali, il rischio della crescita esponenziale del bilancio regionale e il ridimensionamento di quello statale e, quindi, in sostanza, l'assenza di copertura finanziaria necessaria per garantire livelli adeguati delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali presso altre Regioni. Di recente sul tema, F. ZAMMARTINO, *La differenziazione dei poteri regionali nella prospettiva del progetto di legge Calderoli: alcuni spunti di riflessione*, in *Dir. pubbl. eur.* – Rassegna on-line, n. 2/2023.

71 Secondo i dati forniti da Bankitalia e reperibili sul sito www.bankitalia.it

72 In particolare, mi riferisco all'assenza e/o alla chiusura di reparti per le cure palliative per neonati e malati (anche oncologici) cronici Campania e nelle Regioni meridionali.

specie malati oncologici, lo stato dell'arte delle malattie neurodegenerative e di quelle rare, la burocrazia legata all'appropriatezza prescrittiva e alla spesa dei farmaci, le difficoltà di attuazione dell'approccio integrato e multidisciplinare *One Health* per la ricerca di soluzioni efficaci alle questioni più spinose che affliggono la Sanità⁷³.

La scelta di investire nel potenziamento infrastrutturale, nella sanità digitale e nel progresso tecnologico, ma non anche nella stessa misura nel capitale umano⁷⁴ non è certo priva di conseguenze, comportando l'aumento della distanza occupazionale e strutturale tra Nord e Sud del Paese.

Essa, infatti, si ripercuote sul sistema che risulterà meno attrattivo per gli operatori del settore inducendoli a dimettersi anche prima di maturare i requisiti per poter essere collocati in pensione, senza poter garantire il necessario *turn-over*.

Con la conseguenza che in assenza delle coperture effettive per il personale, cioè non basate su presunti e potenziali risparmi di spesa derivanti dall'applicazione della Riforma territoriale e dei servizi per i cittadini, questi ultimi si riverseranno nuovamente negli ospedali sprovvisti di personale in fuga.

In passato i maggiori problemi erano derivati dal progressivo ridimensionamento dei posti letto a cui non è seguito l'atteso rafforzamento della sanità territoriale specie nelle Regioni in cui si registravano le carenze più gravi. Il che ha determinato il fallimento delle Case della Salute e delle associazioni dei me-

⁷³ *Amplius*, G. RAGONE, *One Health* e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale, soffermandosi, tra l'altro, sul possibile impatto del riparto delle competenze sulla ricerca e l'applicazione dell'approccio *One Health*. S. ROSSA, Riflessioni giuspubblicistiche in merito alle teorie *Nudge* e *One Health* (spec. § 4), entrambi in *Corti supreme e salute*, n. 3/2022.

⁷⁴ A titolo meramente esemplificativo, alquanto significativamente in tutta Italia si registra una grave insufficienza di pediatri, di conseguenza che quei pochi in servizio sono particolarmente sovraccarichi di lavoro e oberati dalle richieste di assistenza, il che naturalmente si ripercuote sulle condizioni di vita e di lavoro dei professionisti, sul tempo e sulla qualità della relazione e, quindi, dell'assistenza e della cura.

dici di base, ossia delle strutture intermedie che avrebbero dovuto alleggerire la pressione sugli ospedali e pronto soccorso⁷⁵.

Parimenti, il modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale delineato dalla Riforma mostra poche luci e molte ombre sotto diversi profili alimentando il dibattito, invero mai sopito, incentrato sul rapporto fra organizzazione e diritti, servizi pubblici e prestazioni sociali.

Innanzitutto per l'assenza di una «chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture» e di «una revisione dei percorsi formativi per rafforzarli e adeguarli alla nuova impostazione delle cure primarie sul territorio»⁷⁶. Da questo punto di vista, esso tradisce le aspettative di chi riteneva che la Riforma avesse ormai consacrato il passaggio a un modello di governo cooperativo – che postula appunto il trasferimento dei poteri decisionali dallo Stato agli enti locali e l'attribuzione del potere decisionale ai soggetti pubblici e privati radicati ed operanti sul territorio (ivi compresi gli ETS) in funzione della piena integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della tutela e presa in carico della persona nella sua dimensione globale (sociale, economica ed ambientale)⁷⁷.

Senza sottovalutare l'atteso aumento demografico della popolazione anziana non autosufficiente per la quale i servizi assistenziali a carattere sociale integrati con quelli ospedalieri e territoriali rivestono un ruolo fondamentale, per non parlare inoltre dell'eventuale evoluzione di imprevedibili patologie e l'avvento di nuove epidemie.

In sostanza, si ha la netta sensazione che nel PNRR prima, e nella Riforma poi, gli obiettivi quantitativi abbiano preso il sopravvento su quelli qualitativi, mostrandosi entrambi deficitari dal punto di vista organizzativo ed attuativo degli interventi di contrasto all'esclusione sociale e alle disuguaglianze.

⁷⁵ *Amplius*, in una prospettiva migliorativa del ruolo delle Case della Comunità, cfr., E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2021.

⁷⁶ Come evidenziato dall'UPB nel Focus tematico n. 2 del 13 marzo 2023.

⁷⁷ A. S. ALBANESE, *L'integrazione sociosanitaria*, in F. MANGANARO, V. MOLASCHI, R. MORZENTI PELLEGRINI, D. SICLARI, (a cura di), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 183 ss.

Né va sottaciuta la circostanza per cui le Case della Comunità⁷⁸ e gli Ospedali di Comunità non rappresentano certamente una novità⁷⁹ riproponendo l'istituzione di strutture che rispecchiano il modello organizzativo - risalente e ad oggi inattuato – dell'«Unità sanitaria come sistema».⁸⁰

Mi riferisco al D.M. 2 aprile 2015 n. 70⁸¹ il cui impianto, eccettuata qualche novità degna di nota, è rimasto sostanzialmente lo stesso nonostante le criticità emerse durante la pandemia e in seguito alla regolamentazione delle attività territoriali ad opera del D.M. n. 71/2022⁸².

In breve, si segnala la scelta di onerare le Regioni di aggiornare agli standard previsti dal nuovo Decreto il provvedimento di programmazione in precedenza emanato adottando un nuovo provvedimento sottoposto a valutazione e monitoraggio da parte di due Tavoli e da un Comitato ministeriali, prevedendosi il recupero dei posti letto sottoutilizzati, il recupero dei flussi non fisiologici

⁷⁸ Rientranti nella Componente 1 della Missione salute, dedicata a «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima».

⁷⁹ Questi ultimi, infatti, erano già previsti dal D.M. 2 aprile 2015 n. 70, per quanto tuttavia solo nel 2020 in Conferenza Stato-Regioni sia stata raggiunta l'intesa sulla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio degli stessi. Le Case della Salute rappresentano a tutti gli effetti l'antesignano delle Case della Comunità, espressione dell'idea di riorganizzare i servizi e le attività sanitarie (da integrare con quelli assistenziali) trasferendo risorse e servizi dagli ospedali a strutture vicine ai cittadini che ivi possano usufruire dei servizi di base e delle cure primarie.

⁸⁰ Il virgolettato richiama il titolo di un libro di G. Maccacaro pubblicato nel 1972. Un esempio è rappresentato dalle strutture «di prossimità» istituite in piena emergenza sanitaria da Covid 19, quale espressione di un modello organizzativo di aggregazione funzionale, in quanto dirette a «promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia di tutte le persone con particolare attenzione a quelle fragili, prevenire l'aggravamento delle patologie e il mantenimento dell'autonomia, evitare ricoveri impropri e favorire la permanenza nel loro contesto di vita nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità della persona» attraverso il coinvolgimento di diverse professionalità. La transizione dell'assistenza sanitaria si realizza attraverso l'istituzione del sistema COT inteso come strumento di integrazione e coordinamento nella presa in carico dell'assistito in ambito territoriale. L'articolazione in Distretti risponde all'esigenza di soddisfare i bisogni definiti negli strumenti di programmazione.

⁸¹ Con cui è stato approvato il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» pubblicato in GU 4 giugno 2015, n. 127.

⁸² Delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022 sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-Regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della Salute recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale», pubblicato in G.U. – Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022.

di mobilità sanitaria; la previsione di meccanismi per espandere l'offerta ospedaliera di posti letto in terapia intensiva e semintensiva collocati negli Ospedali con DEA di primo o secondo livello. Si sottolinea l'importanza di dotarsi di strutture di prossimità flessibili e resilienti trasformando lo spazio fisico in unità funzionali che garantiscano livelli di intensità assistenziali più elevati.

A tal fine, è previsto che i *team* multiprofessionali e multidisciplinari di professionisti che afferiscono alle diverse strutture operino anche in altre sedi della rete ospedaliera le cui caratteristiche devono essere previamente rese note all'utenza la quale, pertanto, deve poter contare su una sempre più diffusa organizzazione rispettosa di precisi "standard organizzativi, strutturali e tecnologici" che caratterizzano le reti ospedaliere e territoriali meglio specificate in sede di definizione del modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale in base agli interventi previsti dalla Componente 1 della Missione 6 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, seguito dall'entrata in vigore dell'art. 1, comma 274 della legge n. 234/2021 che ha introdotto significative novità in materia di autorizzazione alla spesa e ripartizione delle risorse economiche tra le Regioni e le province autonome, nonché a proposito di Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e di Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali in base alle rispettive competenze e risorse umane e strumentali di cui dispongono.

Un cenno merita, altresì il D.M. n. 71/2022 che, incidendo strutturalmente sulla disciplina statale (artt. 3 *quater-sexies* d.lgs. n. 502/1992) e organizzativa regionale, pur in assenza di copertura costituzionale, ha previsto la revisione dell'organizzazione delle cure primarie e dell'assistenza territoriale sfruttando le risorse messe a disposizione dal PNRR⁸³ con

⁸³ Nel solco degli interventi normativi che l'hanno preceduto, esso richiama i punti fondamentali dell'articolazione delle Reti di cure palliative: dalla presa in carico del paziente a prescindere dalla patologia, al lavoro in équipe, dall'articolazione nei diversi *setting* di cura e assistenza, alla continuità delle cure, dal riconoscimento delle competenze professionali necessarie, all'attività di formazione e di ricerca. L'assistenza domiciliare di cure palliative è distinta e integrata con l'ADI e concorre all'attività della Centrale Operativa Territoriale. Gli atti di indirizzo

L'obiettivo di riportare l'attenzione sulla sanità territoriale riposizionando la persona umana al centro del sistema. Nel solco tracciato dalla legge n. 833 del 1978, esso si propone di attuare il modello di assistenza sanitaria e socio-assistenziale domiciliare, di prossimità e dinamico basato sul distretto sanitario di base, inteso come spazio aperto, per l'erogazione di servizi e prestazioni essenziali successivamente definiti LEP e LEA (oggi Liveas), attraverso l'introduzione di strutture di prossimità (Case di Comunità e Ospedali di Comunità) costituenti la nuova rete assistenziale ed espressione di un nuovo modello organizzativo. Certamente esso ha mostrato diverse criticità tra cui, per quanto qui importa, la difficoltà di reperire il personale necessario, la garanzia dell'espletamento di attività socio-assistenziale e dell'erogazione delle prestazioni, che hanno indubbiamente condizionato l'attuazione di quel modello organizzativo, indubbiamente implementato rispetto al precedente, attraverso l'istituzione delle case e degli ospedali di comunità, quale sviluppo ulteriore della normativa statale, in una prospettiva diversa rispetto al DM 70/2015 citato, ma in assenza di una espressa previsione nel d.lgs. n. 502/1992 e della disciplina di dettaglio e/o integrativa regionale. Sotto altro profilo, l'assenza di unitarietà funzionale tra le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità è apparsa incoerente e incongrua non solo dal punto di vista della spesa economico-finanziaria, a conferma del difettoso coordinamento con gli aspetti propriamente amministrativi, ma anche perché fonte di inevitabili disfunzioni assistenziali, specie nelle Regioni meridionali, senza sottovalutare la difficoltà di reperimento del personale socio-sanitario sul mercato e, comunque, a costi insostenibili per le ASL, che impatta sull'attuazione e l'efficacia delle riforme, soprattutto per quanto concerne l'attività socio-assistenziale, invero poco performante nel corso dell'emergenza sanitaria, ma anche successivamente in assenza della necessaria integrazione con i Liveas in un sistema che punta alla prevenzione più che alla cura.

proposti sono in continuità con gli elementi normativi e pertanto utili alla realizzazione delle Reti secondo le tempistiche previste dalla Legge 106/2021.

Ciò posto in linea generale, giova riferire che le Case della Comunità identificano le strutture in cui il paziente dovrebbe essere affidato alla cura di un «team multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute»⁸⁴ chiamati a rendere prestazioni sanitarie e valutazioni multidimensionali sulla base delle indicazioni del PUA, e inoltre servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari «secondo un approccio di medicina di genere» (in base al Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere), senza tuttavia specificare le modalità di interazione che dovrebbero dar vita a relazioni sinergiche tra gli stessi sia all'interno che all'esterno della Casa di Comunità. Per questo motivo, la mera previsione della presenza di assistenti sociali all'interno delle stesse non vale di per sé a dimostrare il collegamento sinergico degli investimenti per la «Salute», con l'«Inclusione» e la «Coesione sociale», né di conseguenza a qualificare la Casa della Comunità (modelli e standard) come struttura complessa deputata all'erogazione di prestazioni e servizi socio-sanitari e assistenziali, anche ai fini della valutazione dei risultati in termini di offerta e benessere sociale dei cittadini⁸⁵.

84 Cfr., art. 1, co. 5, d. l. 19 maggio 2020, n. 34. F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *www.dirittifondamentali.it*, n. 1/2022. E. ROSSI, *La "Case della Comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, cit., p. 362 evidenzia l'impatto del nuovo modello integrato sulla effettività del diritto alla salute che si pone al crocevia tra le prestazioni sanitarie e servizi socio-assistenziali in uno spazio aperto in cui al modello tradizionale si affianca e si fa strada la Sanità digitale che si nutre dello sviluppo delle nuove tecnologie.

85 E' questo senza dubbio il principale *vulnus* dell'attuale Riforma e la causa dell'insuccesso per la mancata previsione di professionisti del sociale e dell'assistente sociale, nonché dei servizi rivolti alle malattie croniche, alle malattie oncologiche, alla salute mentale, alle patologie rare, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, alle attività consultoriale e quelle rivolte ai minori.

Tale affermazione si rafforza e si carica dei dubbi e delle riserve sullo stato dell'arte e i possibili sviluppi della digitalizzazione del SSN sul fronte dell'attivazione del FSE, della formazione delle competenze digitali, della interconnessione e comunicazione delle reti informatiche e del rispetto dei vincoli normativi per la tutela della *privacy* e dei ulteriori profili utili e necessari alla definizione di una *governance* territoriale che sia coerente con l'approccio *One Health* per fronteggiare possibili future pandemie globali. L'approccio (innanzitutto culturale) alla medicina a distanza sconta ad oggi l'assenza di una forte e fitta collaborazione tra medici ospedalieri e del territorio, MMG, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, Operatori del distretto Sanitario l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Istituzioni locali e Associazioni di volontariato. Il che inevitabilmente potrebbe condizionare l'attuazione e gli esiti della strategia e del

In una visione di insieme che tenga conto, altresì, delle previsioni della legge di Bilancio 2023⁸⁶, non si può fare a meno di rilevare che il coordinamento e l'integrazione socio-sanitaria tra SSN e il sistema dei servizi sociali nelle Case di Comunità è allo stato più formale che sostanziale, sia dal punto di vista procedurale che organizzativo, al punto da risultare deficitario per quanto concerne la presa in carico della persona nella sua dimensione globale.

Il che conferma l'errore di impostazione e di metodo della Riforma nella concezione delle Case di Comunità che in effetti sono assimilabili più ad una infrastruttura sanitaria solo parzialmente integrata con i servizi sociali. Tale problematica affonda le sue radici nella mancanza di consapevolezza e di cultura⁸⁷ delle potenzialità e delle prerogative di tali strutture e del ruolo degli ETS che infatti sono esclusi dalla co-progettazione e co-programmazione sociale, educativa ed amministrativa degli interventi della Missione 6⁸⁸.

Ciò testimonia la sostanziale separatezza tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, rappresentando essa, altresì, un ostacolo alla realizzazione del modello di «Sanità di iniziativa» che postula il coinvolgimento di tali il cui apporto non può essere obliterato del tutto.

Ciò innanzitutto ai fini dell'analisi del contesto e del monitoraggio costante dei bisogni dei cittadini, e poi anche nell'esercizio dell'attività prestazionale e di servizio, previa individuazione dei bisogni, degli obiettivi e delle responsabilità.

modello sanitario e socio assistenziale di «prossimità» a danno soprattutto dei soggetti più fragili e vulnerabili e confermarsi così il *trend* negativo rappresentato dalla Corte dei Conti già nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica. G. MENEGUS, *La governance del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: la politica alla prova dell'attuazione*, in *Quad. cost.*, n. 4/2021, p. 945 ss.

86 L. 29 dicembre 2022, n. 197. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025, in GU Serie Generale n.303 del 29 dicembre 2022 - Suppl. Ordinario n. 43.

87 R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n.2/2022.

88 Di recente sul tema, A. BERRETTINI, *La co-progettazione alla luce del Codice del terzo settore*, in *Federalismi.it*, n. 27/2022. R. PARISI, *Il coinvolgimento attivo del Terzo settore nella gestione dei servizi sociali, tra solidarietà e concorrenza*, in *Dir. e proc. amm.*, n. 1/2022; C. IAIONE, A. COIANTE, *Il partenariato per l'innovazione sostenibile nel settore sanitario*, in *Riv. Giur. Edil.*, fasc. 6/2022.

La compartecipazione di tali Enti oltre a conferire al modello organizzativo maggiore flessibilità, fa sì che essi acquisiscano il ruolo di coordinatori nei rapporti istituzionali⁸⁹.

Così configurati essi, inoltre, potrebbero altresì rappresentare un antidoto efficace ai problemi creati dalle politiche di *spending review* che, specificamente in questo settore, hanno dato vita a un circolo vizioso innescando reazioni a catena: dalla differenziazione regionale nell'organizzazione della sanità, alle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni in contesti caratterizzati da elevati livelli di inefficienza ed inefficacia dei servizi offerti, a cui si è aggiunta la difficoltà di conciliare il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute e dell'assistenza sociale.

Sotto tale profilo, la Riforma pone un problema della legittimazione del potere regolamentare e del rapporto tra questo e la potestà legislativa regionale.

In proposito, giova evidenziare che nonostante, come chiarito dalla Corte costituzionale⁹⁰, gli *standards* dell'assistenza sanitaria territoriale costituiscano una specificazione dei LEA sul versante attuativo, la definizione degli stessi ad opera del D.M. in commento e la competenza esclusiva statale nella fissazione dei principi fondamentali a tutela della salute non di rado sconfinano anche nella disciplina degli aspetti organizzativi.

In particolare, i dubbi e incertezze si appuntano sull'oggetto del potere regolamentare e sulla inveterata tendenza della legislazione statale a disciplinare gli aspetti organizzativi dei variegati SSR.

Sotto tale profilo, sarebbe opportuno che lo Stato, come suggerito dal Consiglio di Stato⁹¹, si limitasse a fornire indicazioni sulle possibili soluzioni per l'assetto futuro. Ciò nonostante, si temono le conseguenze della Riforma

89 E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2/2021) riprendendo le fila del ragionamento già avviato qualche anno prima [Id., *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, nella stessa Rivista (n.2/2018). R. BALDUZZI, *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta?*, C. BOTTARI, *Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario regionale*, ivi].

90 Cfr., Corte cost. 31 marzo 2006, n. 134; 10 maggio 2012, n. 115; 12 luglio 2017, n. 169; 1° giugno 2018, n. 117; 15 maggio 2020, n. 91; 24 aprile 2020, n. 72; 10 aprile 2020, n. 62.

91 Cons. Stato, sez. cons. atti normativi, 19 maggio 2022, n. 881.

configurandosi uno scenario in cui le Regioni guadagnano ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in materia di «Tutela della salute» e «Gestione del rischio clinico» relegando il Ministero ad un ruolo marginale di coordinamento dei sistemi sanitari regionali.

Invero, la questione è mal posta, anzitutto perché il problema della politica centralizzata o differenziata della *governance* sanitaria per il PNRR, è molto più articolato e complesso proiettandosi a un livello più alto che esula dai confini territoriali.

Di conseguenza, le crisi sistemiche e l'instabilità delle economie di mercato si "curano" attraverso politiche strutturali che danno vita a un'architettura istituzionale regionale, nazionale, internazionale e sovranazionale, espressione di un nuovo modello di Stato sociale e paradigma di amministrazione di risultato ispirato ai principi di solidarietà e leale collaborazione⁹².

In tale contesto, non vi è spazio per le rivendicazioni e gli egoismi nazionali, regionali o locali, ma soltanto per «una riconversione delle attività dell'amministrazione nel ridisegno di uno Stato sociale» e per la crescita del ruolo del G.A. come giudice dei diritti fondamentali⁹³.

Da questo punto di vista, la Riforma si rivela miope e la disciplina incoerente con i principi di unità ed indivisibilità della Repubblica, di indirizzo politi-

92 Il riparto delle competenze intercetta il problema della individuazione del modello organizzativo che sia in grado di garantire l'accesso egualitario alla cura, all'assistenza e a servizi di qualità su tutto il territorio nazionale. Cfr., R. BALDUZZI, *Più "Europa" nella sanità italiana, più Italia nella sanità "europea"*, in *Corti supreme e salute*, 1/2022. L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*; D. MORANA, *Verso un diritto eurounitario alle cure? La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze competenziali dell'Unione*; M. CONSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*; F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, ivi. M. D'ARIENZO, *Dimensioni organizzative e modelli culturali in sanità: stato dell'arte e prospettive evolutive*, in *Federalismi.it – Oss. Dir. San.* (13 gennaio 2021).

93 G. MONTEDORO, *Intervento dello Stato e trasformazioni dell'amministrazione*, in *www.giustizjainsieme.it*. S. CASSESE, *L'arena pubblica. Nuovi paradigmi per lo Stato*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, n.3/2001, p. 601 ss; ID., *Le trasformazioni del diritto amministrativo*, ivi, 2002, p. 27 ss.; ID., *Mezzo secolo di trasformazione del diritto amministrativo*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, vol. I – *Garanzie dei diritti e qualità dei servizi (muovendo dalle opere di Fabio Roversi Monaco)*, Bologna, Bononia University Press, 2019, p. 4 ss.; ID., *Amministrazione pubblica e progresso civile*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1/2020, spec. p. 141 ss.

co e amministrativo, incapace pertanto di realizzare l'armonizzazione delle competenze statali con quelle regionali e locali, e di ridurre le differenze territoriali nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e preservare il SSN⁹⁴.

Ciò in quanto la «*governance* sanitaria per il PNRR» se non individua una materia a sé stante, e a prescindere dalla previsione del potere sostitutivo compatibilmente con l'art. 118 Cost. al fine di assicurare l'uniforme applicazione dei LEA⁹⁵, certamente necessità di una forma di cooperazione rafforzata per l'attuazione degli interventi in materia di assistenza sanitaria.

E' questo, probabilmente, il punto più critico della Riforma su cui si gioca non solo il futuro dell'autonomia differenziata in materia sanitaria, ma anche delle altre riforme (organiche e/o incrementali) del comparto. Mi riferisco alla legge 8 marzo 2017, n. 24, cd. Legge Gelli-Bianco, una Riforma nata per colmare i vuoti legislativi e porre un freno alla libera interpretazione dei giudici che avevano contribuito alla diffusione del fenomeno della medicina difensiva, del «parassitismo giudiziario» e della eccessiva durata del processo, ma che si è rivelata inefficace per aver sottovalutato il ruolo fondamentale dell'organizzazione nella prevenzione del rischio clinico e quindi della responsabilità che costituisce il fulcro della disciplina⁹⁶.

Ancora, una particolare menzione merita la legge 22 dicembre 2017, n. 219 la cui disciplina è particolarmente incentrata sugli aspetti definitivi, organizzativi e regolativi dei rapporti di cura, nonché sugli obblighi a carico dei medici, degli operatori sanitari e della struttura ospedaliera e dei diritti del paziente

⁹⁴ Tali considerazioni intercettano il problema dell'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali e della necessaria armonizzazione degli stessi in base al nuovo Regolamento dell'assistenza sanitaria che riconosce un ruolo decisivo al Distretto (articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria) per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale (G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti Supreme e salute*, n.1/2022).

⁹⁵ Cfr., 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*, n. 2/2022, spec. §§ 8-9.

⁹⁶ R. BALDUZZI, *La medicina difensiva come ostacolo alla difesa della salute*, in R. LOMBARDI, F. SANTINI (a cura di), *Diritto e medicina. Un'ipotesi di dialogo tra le scienze*, Torino, Giappichelli, 2021, p. 49 ss.

nell'ambito della relazione terapeutica «di cura e di fiducia» (art. 1) che in concreto il paziente può «esigere» dal medico «nel rispetto della dignità e della (sua) libertà» (art. 1, legge n. 833/1978) anche per il futuro e per il tempo in cui dovesse perdere la capacità di autodeterminarsi. Ad esse va riconosciuto il merito di aver arricchito il significato di un concetto poliedrico che sottende una declinazione nuova e più estesa del diritto alla salute e alla sicurezza delle cure che è parte integrante di esso da perseguirsi nell'interesse sia individuale che collettivo⁹⁷. Entrambe, tuttavia, scontano sul piano attuativo l'assenza di una stretta integrazione della legislazione sanitaria e della conseguente disorganicità della disciplina e degli interventi, e in attesa della determinazione dei LEP/Liveas e dei relativi costi e fabbisogni *standard*, al fine di garantire una più equa ed efficiente allocazione delle risorse.

4. Il d.m. 77/2022: ultimo atto di un percorso riformatore del SSN teso a ristabilire la «fondamentalità» del diritto alla salute? Considerazioni critiche e proposte di revisione

Le suesposte considerazioni dimostrano che il D.M. 77/2022 rappresenta solo un punto di partenza per un nuovo approccio alla medicina territoriale in bilico tra garanzia del diritto fondamentale alla salute e all'assistenza e le differenziazioni regionali⁹⁸ di cui occorre tener conto all'atto dell'attivazione della Case della Comunità, rispetto alla quale c'è concretamente il rischio di espropriazione delle prerogative regionali e comunali nell'ipotesi in cui esse fossero inserite nell'ambito dei LEA, al pari di quanto già avvenuto per l'Ospedale di Comunità, con conseguente lesione della autonomia legislativa degli enti territoriali.

Ove ciò non si verifici, in un eventuale contenzioso, non è affatto escluso che anche in questo caso lo Stato, complice l'infelice formulazione dell'art. 117, co. 2, Cost., possa appigliarsi al carattere trasversale della materia per giu-

⁹⁷ Per un approfondimento di questi temi, sia consentito rinviare a M. D'ARIENZO, *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, cit., spec. Cap. 2, parte II.

⁹⁸ Cfr., Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in www.corteconti.it.

stificare il proprio operato dettato da esigenza di stabilizzazione e/o uniforme attuazione del servizio diretto a seconda dei casi a limitare, condizionare l'autonomia legislativa regionale e, talvolta, anche ad espropriare il potere legislativo regionale disciplinando autonomamente gli aspetti alla organizzazione del servizio, appropriandosi delle funzioni fondamentali che spettano alle Regioni e ai Comuni, benché per il passato essi non le abbiano adeguatamente valorizzate (in ogni caso tale circostanza non sarebbe di per sé sufficiente per giustificare il ritrasferimento delle stesse in capo allo Stato.

Inoltre, si paventa il rischio in precedenza accennato che, per le ragioni innanzi illustrate, l'assistenza sociale, che costituisce una componente essenziale del nuovo modello integrato, resti una mera aspettativa, in gran parte insoddisfatta e non una pretesa concretamente esigibile e tutelabile. Di conseguenza la Casa della Comunità finirebbe per essere considerata alla stregua di «un ambulatorio specialistico funzionale *di nuova generazione* in cui è *auspicabile* che i principi di innovazione terapeutica e digitale possano disegnare nuovi percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, con un miglioramento organizzativo nei territori e perseguendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema sanitario pubblico»⁹⁹.

Tale considerazione evoca la spinosa questione del rapporto che intercorre tra le Case della Comunità e i MMG, una figura discussa da diversi punti di vista.

A partire dal trattamento giuridico ed economico degli stessi che tuttora costituisce una questione divisiva e decisiva da cui può dipendere il futuro assetto del SSN, ad oggi, l'assenza di una posizione univoca in un settore strategico della Sanità pubblica non ne ha impedito la trasformazione del ruolo e del rapporto tendente alla subordinazione, ma sprovvisto della relativa tutela (ferie, gravidanza, malattia, ecc.) corrispondente al ruolo unitario e con aggravio di spesa a carico dei Comuni, in assenza peraltro della previa individuazione e

⁹⁹ L'espressione è tratta da F. GELLI, N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, Paper della Fondazione n. 2/2021, in www.fondazioneitaliansalute.org.

messa a disposizione dei fondi da cui attingere e al netto delle criticità dei d.m. 70/2015 e 71/2022 cui si è fatto innanzi riferimento.

A ben vedere, le sorti del processo di integrazione dei professionisti della salute nelle Case di Comunità e negli Ospedali di Comunità che è alla base dell'attuazione del nuovo modello integrato di assistenza territoriale dipende anche dalla risoluzione di tale spinosa questione, benché esso incontri anche l'ulteriore ostacolo rappresentato dalla penuria di personale socio-sanitario (medici specialisti, in particolare PLS, e gli stessi infermieri di comunità) da impiegare nelle strutture di prossimità. C'è, quindi, concretamente il rischio che l'assistenza sociale, che costituisce una componente essenziale del modello, resti una mera aspettativa, in gran parte insoddisfatta e non una pretesa concretamente esigibile e tutelabile dai titolari dagli aventi diritto. Ciò, a maggior ragione nel momento in cui sono in corso i lavori della Cabina di regia istituita ai sensi dell'art. 1, comma 793, legge 29 dicembre 2022, n. 197) per la definizione dei LEP universalmente economicamente sostenibili, i cui sforzi rischiano di essere in gran parte vanificati dai modelli organizzativi differenziati nelle diverse Regioni in cui l'integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali, nonostante l'evidente complementarità, resta una mera aspirazione, le cui prestazioni risultano distinte, le une rientranti nelle prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3 *septies*, D.lgs. n. 502/1992, citato, le altre invece riconducibili alla funzione di «*progettazione e gestione del sistema locale ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini*» di competenza del Comune (ex art. 14, comma 27, D.L. 31 maggio 2010, n. 78). Il che, naturalmente, costituisce la prova evidente dello “scollamento” nella fase attuativa degli interventi programmati e pianificati, rispetto al quale anche la recente istituzione da parte di Federsanità, Anci e Agenas dell'«Osservatorio delle buone pratiche di integrazione sociosanitaria» e di un CTS in seno ad esso assume una valenza completamente diversa, complice anche una normativa e regolazione pregressa sottostante tutt'altro che performante da parte delle Regioni nella fase attuativa dei principi e delle prescrizioni della

legge 8 novembre 2000, n. 328. La generale sottovalutazione dell'assistenza sociale ha determinato l'emersione di nuove povertà anche in questo settore, con l'effetto di degradare la corrispondente pretesa sociale universale a una mera aspettativa, nonostante l'avvenuto aggiornamento dei LEA a distanza di ben 40 anni dall'istituzione del SSN e la recente ridefinizione dei LEPS ad opera della legge di bilancio per il 2022¹⁰⁰ che, contrariamente alle aspettative, hanno contribuito a creare un clima di confusione e disaggregazione circa la futura individuazione delle materie rientranti nei LEP e la determinazione dei costi e fabbisogni standard sostenibili in aggiunta alle difficoltà sollevate dalla previsione del finanziamento dei Liveas attraverso il fabbisogno standard quantitativo ex d.lgs. n. 216/2010 che ostacola l'attuazione di qualunque sinergia a livello locale. L'integrazione tra i segmenti dell'assistenza territoriale non può prescindere da un'attenta riflessione e maggiore attenzione alle istanze delle Regioni che reclamano, tra l'altro, l'allocatione di risorse aggiuntive, l'eliminazione dei tetti di spesa e il varo di un nuovo Patto per la salute, nonché dal riequilibrio dei rapporti tra sanità pubblica e privata a garanzia del buon funzionamento del SSN che postula, come visto, il recupero e la garanzia dei principi ispiratori della legge n. 833 del 1978 più volte citata¹⁰¹.

Infatti, a parere di chi scrive, l'attuale assetto gestorio del SSN, consolidatosi in seguito alla emersione e diffusione di significative storture sistemiche (carenza di personale, liste d'attesa, medicina difensiva, carenza della medicina territoriale e di prevenzione, ecc.) supportate da scelte regionali che privilegiavano l'efficienza e l'efficacia a scapito del buon andamento, ha il significato di una vera e propria rinuncia da parte dello Stato che sembra abbia così voluto definitivamente abdicare al suo ruolo di assicurare un servizio universale ed equo ai cittadini, riconoscendo al privato il potere di scelta in ordine alle presta-

100 Legge 30 dicembre 2021 n. 234.

101 Si stima che il 60% dei fondi pubblici in sanità è in mano ai privati per l'acquisto di servizi medici e farmacologici; più del 50% delle istituzioni sanitarie che si occupano di patologie croniche sono di proprietà privata, lo sono altresì più dell'80% delle istituzioni di assistenza sanitaria residenziale, così come molte strutture ospedaliere di eccellenza.

zioni da erogare in convenzione o privatamente che, in quanto slegato dai criteri di equità, proporzionalità, adeguatezza, può facilmente sconfinare in arbitrio. Il che, naturalmente, non deve indurre a ritenere superflua la compartecipazione del privato dal punto di vista economico, scientifico e tecnico-operativo, quanto regolamentarne la misura e le modalità dell'apporto nel nuovo SSN, come i fondi integrativi, in maniera da garantire equità e piena accessibilità al Servizio, innanzitutto destinando una quota significativa delle risorse alle strutture pubbliche e poi stabilendo, d'intesa con gli erogatori privati, quali prestazioni possono non essere erogate in convenzione, in base a un nuovo modello di *Governance* del SSN che investa più nella prevenzione e meno nella cura diffondendo la cultura della salute pubblica affidata alla cura di soggetti pubblici e privati, in un sistema in cui la tutela del bene pubblico si realizza anche attraverso il raggiungimento di obiettivi di efficienza ed efficacia.

Tale constatazione evoca, tra gli altri, un altro obiettivo del sistema che deve puntare alla valorizzazione degli attori e delle risorse umane, per esigenze di promozione e di tutela della salute a garanzia del buon andamento nel nuovo SSN.

Le difficoltà di reperire risorse e personale socio-sanitario acuiscono le tensioni tra il Governo centrale e le Regioni all'interno delle quali cresce in misura esponenziale il malcontento e la contrapposizione nei confronti di un modello di sanità divenuto ormai insostenibile da tutti i punti di vista. Nel frattempo l'incoerenza e l'intempestività dell'azione di governo e della P.A. nell'attuazione degli obiettivi delle politiche europee in materia alimenta i dubbi sul futuro della sanità pubblica e sugli esiti delle Riforme.

Nell'Anno europeo delle competenze e all'indomani della celebrazione della 75^a edizione della Giornata Mondiale della Salute 2023 il 7 aprile u.s. dal tema *Health For All*, l'attuazione di un modello sanitario di prossimità incontra un ulteriore ostacolo rappresentato dalle ripetute aggressioni ai sanitari di pronto soccorso da parte di pazienti o loro familiari a cui il MMG o PLS abbia dia-

gnosticato telefonicamente una presunta malattia prescrivendo ricovero urgente al fine di eseguire ulteriori accertamenti ed esami. Trattasi di un fenomeno particolarmente diffuso, che in alcuni casi può portare alla sospensione del servizio, a cui si vorrebbe porre rimedio attraverso l'elaborazione di un articolato sistema di prevenzione, e interventi strutturali volti a riorganizzare il sistema delle cure a tutela della incolumità e del benessere dei pazienti e degli operatori sanitari, al fine di tutelare e restituire dignità agli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio della professione, nonché a fini deflattivi del contenzioso sanitario innescato da presunte vittime di episodi di malasanita.

Anche da questo punto di vista, l'incompletezza della disciplina produce effetti devastanti, incompatibili con la *ratio* e gli obiettivi della legislazione sanitaria che, ai sensi degli artt. 2 e 32 Cost., responsabilizza gli operatori sanitari (dipendenti di una struttura pubblica o privata, liberi professionisti, ecc.) quali portatori di una posizione di garanzia derivante dall'«obbligo di protezione» nei confronti dei pazienti la cui salute sono chiamati a tutelare contro qualsiasi pericolo che ne minacci l'integrità, ma non si fa carico anche dei loro diritti e non li tutela dal pericolo e dalle conseguenze delle aggressioni. Emergono in tutta evidenza la miopia e la fallibilità del legislatore che si misurano con l'incapacità di offrire adeguate garanzie al personale sanitario costretto ad operare in una condizione di minorata difesa, rendono non più procrastinabile la ridefinizione del ruolo, delle funzioni e delle responsabilità dei sanitari. Il rapporto di strumentalità che intercorre tra la struttura e gli esercenti le professioni sanitarie e dell'attività disvela i *deficit* gestionali, organizzativi e strutturali imputabili all'Amministrazione sanitaria cui è ascrivibile la responsabilità per i danni occorsi ai sanitari nell'esecuzione di prestazioni complesse rese in violazione del dovere di buona amministrazione che in situazioni ordinarie e in tempi di crisi conferma non solo il modello di gestione dell'emergenza sanitaria, ma anche la responsabilità delle strutture per i danni occorsi al personale nell'esercizio della professione.

L'istituzione di un sistema di sorveglianza continua e l'adozione di azioni e interventi di prevenzione, controllo e monitoraggio del rischio potrebbero rappresentare la forma più efficace di protezione, a tutela dell'integrità del personale sanitario che probabilmente nel prossimo futuro sarà chiamato a svolgere trasversalmente compiti non meno complessi e defatiganti dal punto di vista fisico e psicologico. Ove così non fosse, l'inadempimento degli obblighi organizzativi potrebbe costituire un serio impedimento alla garanzia dei diritti sociali e un ostacolo al processo di riorganizzazione dei servizi sanitari e per il raggiungimento dei risultati attesi, decretando così l'insuccesso del modello organizzativo integrato che origina dalla crisi del ruolo e dell'attività dell'amministrazione sanitaria, dalla *mala gestio* dei rapporti con i professionisti che operano nella rete assistenziale territoriale e, infine, ma non certo per importanza, dalla incompiutezza della disciplina e del regime di imputazione della responsabilità.

Sul presupposto, quindi, che il perno intorno al quale ruota tutta la disciplina della responsabilità sanitaria era e resta il profilo dell'organizzazione in funzione della prevenzione dei rischi per la integrità psicofisica dei pazienti e del personale, è indispensabile un cambio di rotta immediato puntando sulla valorizzazione professionale, economica e di benessere organizzativo dei professionisti della salute nell'interesse del personale sanitario e dei pazienti, nonché, prioritariamente, all'aggiornamento e all'attuazione del Piano nazionale delle Cronicità nelle more della realizzazione del PNRR e del DM 77/2022 e in funzione del raggiungimento dell'obiettivo di alleggerire la pressione sugli ospedali che l'utilizzo improprio del pronto soccorso in assenza di urgenza o necessità di cure immediate rischia di allontanare progressivamente.

Sul fronte prettamente organizzativo e di attuazione del nuovo modello di sanità territoriale da esportare su tutto il territorio, si segnala una buona prassi invalsa nella Regione Campania ove in tutte le farmacie tramite l'App «Campania in salute» è possibile prenotare visite ed esami nelle ASL e negli ospedali di tutta la Regione per evitare lunghe attese, scegliendo la struttura più

vicina e meno affollata, che possa garantire prestazioni e controlli in tempi rapidi (entro 48 ore o nell'arco di 10 gg. a seconda dell'urgenza). Ancora su questa scia si colloca il Progetto della cd. Medicina della fragilità frutto dell'intesa raggiunta tra il Policlinico Tor Vergata, il Municipio VI Le Torri, l'Istituto di Medicina Solidale e la Fondazione *Migrantes* per offrire, senza necessità di prenotazione e con approccio multiculturale, assistenza medica, attività di promozione della salute, servizi di ascolto e orientamento per gli immigrati alla presenza di mediatori culturali e per fornire informazioni sulle procedure amministrative di regolarizzazione e per l'iscrizione al SSN. Un modello da replicare in altre Regioni, da uniformare su tutto il territorio nazionale e da cui prendere spunto soprattutto per l'indiscutibile capacità delle strutture ambulatoriali che offrono assistenza primaria prestando particolare attenzione alla prevenzione di creare un ponte con il territorio coinvolgendo le associazioni e gli enti che sono i soggetti più idonei ad intercettare i bisogni di salute delle persone fragili aiutandole a migliorare le condizioni di benessere, anche per fini di inclusione, integrazione e di tutela della loro dignità di persone, assicurando loro percorsi di continuità assistenziale in rete con i presidi sanitari territoriali e i PUA costituiti all'interno delle ASL.

Con tali iniziative, che ci si augura possano essere rieditate anche in altre realtà territoriali per essere annoverate tra *best practices* regionali, il nostro Paese entra nel vivo della fase esecutiva del Piano regionale per lo smaltimento dell'arretrato grazie a risorse economiche aggiuntive e con la collaborazione dei privati al fine di creare un sistema integrato di servizi che, ci si augura, possa al più presto andare a regime.

Sempre nell'ottica di garantire l'umanizzazione dell'assistenza e della cura dei pazienti, si dovrebbero introdurre stabilmente nell'organizzazione sanitaria di tutte le Regioni le cd. Culle per la vita per la tutela dei diritti della madre e del bambino, in una dimensione di tutela della salute umana matura ed estesa anche all'aspetto psicologico.

E' auspicabile che anche tale iniziativa possa serializzarsi e trovare una giusta promozione nelle inedite politiche della salute, cumulandosi con gli obiettivi di riforma europei, e che entrasse a far parte dei LEA, prestandosi a tal fine attenzione non al profilo economico-finanziario, bensì alla rilevanza assoluta che in questo frangente riveste il bene «vita». In quest'ottica, in attuazione del principio di cooperazione e leale collaborazione, e al fine di soddisfare quell'istanza di coordinamento manifestatasi già all'indomani della Riforma del 1978, si potrebbe creare un ponte tra la costituenda rete socio-sanitaria ed assistenziale, le Istituzioni, gli ETS, le associazioni territoriali, sfruttando gli interventi di riorganizzazione e risanamento infrastrutturale per elaborare un modello di prossimità e di gestione in grado di rispondere alle esigenze di tutela di questi soggetti, previa individuazione dei bisogni, della verifica della disponibilità e dell'approvvigionamento delle risorse e della programmazione degli interventi che compongono il complesso sistema dei servizi a livello territoriale.

Ed infatti un'attenta programmazione presuppone la capacità di «leggere» ed «interpretare» i cambiamenti in corso individuando i fattori chiave di creazione di valore riducendo gli sprechi e ottimizzando i processi.

In quest'ottica si colloca la decisione di alcuni Comuni di predisporre diverse forme di sostegno economico per le madri in difficoltà, nella consapevolezza che la povertà e l'emarginazione costituiscono le principali cause di abbandono, e da cui si potrebbe prendere spunto per formalizzare ulteriori proposte attributive di vantaggi e agevolazioni di varia natura, a cominciare dall'accesso ai servizi sanitari, sociali ed assistenziali espressione di diritti costituzionali irrinunciabili. Ciò a maggior ragione con riguardo ai soggetti più fragili nei cui confronti la tutela dei diritti fondamentali rappresenta un terreno piuttosto mobile caratterizzato da una tradizione – non solo giuridica – per certi versi superficiale e incolta su questioni «che toccano l'uomo nella sua essenza»¹⁰² in un sistema governato da regole «incomplete» impositive di modelli di

102 A. RUGGERI, *Appunti per uno studio sulla dignità dell'uomo secondo il diritto costituzionale*, in *AIC*, n. 1/2011. ID., *Cosa sono i diritti fondamentali e da chi e come se ne può avere il riconoscimento*, in

comportamento che non di rado finiscono per negare l'esistenza di diritti che invece, in un sistema ordinamentale e socio-sanitario integrato, andrebbero riconosciuti e protetti in attuazione dei principi costituzionali e reinterpretati in chiave moderna.