INDICE N. 5/2022

EMANUELE BISIO	1
<i>Lex Aelia Sentia, lex Iunia e manumissio censu</i>	
FABIANA MATTIOLI	21
La legislazione del 18 ottobre 532. Le <i>constitutiones ad commodum propositi operis pertinentes</i> : gli esempi di C. 3, 10, 3 e C. 8, 37 (38), 15	
ILARIA SAMORÈ	39
Una nuova epifania di bellezza: inedite piste di riflessione per una più feconda alleanza tra beni culturali ecclesiali e scienza informatica	
NICO TONTI	94
La tutela della libertà religiosa sui social media. Il <i>pressure test</i> dell' <i>Oversight board</i> : la montagna ha partorito un topolino?	
NICOLÒ ROSSI	125
Investigatori privati e controlli sui lavoratori subordinati: un'analisi della "giurisprudenza"	
GIUSEPPE BERRETTA	147
Le attività lavorative in ambito familiare: vecchie e nuove questioni	
DEBORA CALDIROLA	161
Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale	

DEBORA CALDIROLA*

Welfare comunitario e Casa della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale**

English title: *Welfare community and Community Home: from PNRR to territorial health care reform*

DOI: 10.26350/18277942_000097

Sommario: 1. Il welfare comunitario nella Missione 6 del PNRR – 2. Case della Comunità e Ospedali di Comunità: uno sguardo alle esperienze pregresse - 3. Le indicazioni del PNRR sulle Case della Comunità - 4. Dal PNRR al D.M. 77/2022, un percorso interrotto e ripreso - 5. Le Case della Comunità nel contesto dell'assistenza territoriale ai sensi del D.M. 77/2022: tra vecchie formule e nuovi profili - 6. Il ruolo della comunità e del Terzo settore - 7. Osservazioni conclusive.

1. Il welfare comunitario nella Missione 6 del PNRR

Tra le Missioni previste nel PNRR, la numero sei è dedicata alla salute. L'obiettivo perseguito è «una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare comunitario*»¹.

Gli studiosi che hanno affrontato il tema del *welfare comunitario* lo hanno ricostruito come assetto politico-istituzionale che, assumendo i principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale a fondamento dell'agire sociale, vede lo Stato farsi promotore e realizzatore di rapporti collaborativi con cittadini singoli e associati, nel perseguimento dell'interesse generale².

* Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano (debora.caldirola@unicatt.it).

** Il contributo è stato sottoposto a *double blind peer review*.

¹ Piano Nazionale di ripresa e resilienza, p. 224, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>. Il PNRR è stato approvato con risoluzione n. 6-00189 dalla Camera dei deputati e con risoluzione n. 1 (6-00188) dal Senato in data 27 aprile 2021. Ha ricevuto l'assenso da parte del Consiglio dell'Unione europea il 13 luglio 2021.

² Il concetto di *welfare comunitario* o *welfare community* è stato elaborato inizialmente in ambito sociologico, per poi costituire oggetto di studi giuridici. Tra i diversi contributi, senza intenti esaustivi, si vedano C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *Dal welfare state al welfare di comunità*, Bologna, 2017; M. FERRERA, *Trent'anni*

Spesso viene anche descritto come *welfare sussidiario*, per sottolineare il coinvolgimento delle famiglie, dei singoli e delle associazioni del Terzo settore alla definizione delle politiche sociali e all'erogazione di prestazioni e servizi³.

Una componente fondamentale del *welfare community* è la dislocazione delle funzioni amministrative al livello più prossimo al cittadino. Come è stato sottolineato, «la declinazione territoriale rappresenta il prodotto della sussidiarizzazione della politica sociale e, cioè, il passaggio da un sistema di *government* a uno di *governance*, inteso come superamento di un modello di governo autoritativo di tipo gerarchico verso uno di tipo cooperativo fondato sulla negoziazione dei reciproci interessi, attraverso lo spostamento dei poteri decisionali dal livello statale a quello degli enti locali (sussidiarietà verticale) e con l'attribuzione del potere decisionale alle soggettività pubbliche e private presenti sul territorio (sussidiarietà orizzontale)»⁴.

Dall'espresso richiamo al *welfare comunitario* ci si aspettava che nel PNRR vi fosse un assetto organizzativo basato sull'alleanza tra risorse pubbliche e risorse del Terzo settore, elemento questo invece assente, come si illustrerà, soprattutto nell'ottica di realizzare una compiuta integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali⁵. Ed in vero la prospettiva di riforma verso la quale paiono orientarsi i Paesi europei - il cui modello viene richiamato negli obiettivi della Missione 6 - è quella di porre al

dopo. *Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione*, in *Stato e merc.*, 3/2007, pp. 341 ss.; U. ASCOLI (a cura di), *Il welfare in Italia*, Bologna, 2011; G. VITTADINI (a cura di), *Liberi di scegliere. Dal welfare state alla welfare society*, Milano, 2002; A.M. BATTISTI, *Welfare e non profit in Europa. Profili comparati*, Torino, 2013. Ci sia consentito rinviare anche a D. CALDIROLA, *Il Terzo settore nello Stato sociale in trasformazione*, Napoli, 2021.

³ L. VIOLINI, *La parabola del welfare, dalla Costituzione alla riscoperta della sussidiarietà*, in L. Violini, G. Vittadini (a cura di), *La sfida del cambiamento. Superare la crisi senza sacrificare nessuno*, Milano, 2012, pp. 211 ss.

⁴ L. D'ARCANGELO, *Dal welfare state al welfare di comunità. esperienze e modelli di sussidiarietà circolare per l'inclusione sociale attiva*, Paper for the Espanet Conference, *Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni*, Università degli Studi di Torino, Torino, 18 - 20 Settembre 2014, [online] (reperibile all'indirizzo <http://www.espanet-italia.net>).

⁵ In tema di integrazione sociosanitaria, per una panoramica generale, si veda A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, pp. 198 ss., la quale evidenzia come «a livello nazionale l'esigenza di integrare le prestazioni sanitarie con quelle sociali non trova, di norma, traduzione in organizzazioni istituzionali che svolgano competenze collegate ad entrambe i settori». Tra i diversi contributi si veda anche A.D. BARRETTA, *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, 2009; M. CONSITO, *La "sanitarizzazione" delle prestazioni di servizio sociale attribuite in via principale alle aziende sanitarie*, in R. Cavallo Perin, L. Lenti, G.M. Rocca, A. Rossi (a cura di), *I diritti sociali come diritti della personalità*, Napoli, 2010, pp. 55 ss.; P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, in M. Campedelli, P. Carrozza, L. Pepino (a cura di), *Diritto di welfare*, Bologna 2010, pp. 247 ss.; L. DEGANI, R. MOZZANICA, *Integrazione socio-sanitaria. Le Regioni, le ragioni, gli interventi*, Rimini, 2009.

centro del servizio sanitario la persona nella sua dimensione globale, in cui la tutela della salute è solo uno degli aspetti da tenere in considerazione ma non l'unico⁶. Alla tutela della salute si affianca la necessità di dover supportare con prestazioni e servizi i bisogni della persona connessi alla malattia ma anche al contesto sociale, economico ed ambientale in cui si sviluppano le fragilità psico-fisiche dell'individuo⁷. Del resto il PNRR fa espresso riferimento ad un approccio "One Health" al fine di costruire un nuovo assetto istituzionale, in cui la salute pubblica include sanità, ambiente e clima⁸.

Occorre poi considerare i mutamenti demografici che vedono aumentare la popolazione anziana non autosufficiente⁹, la quale necessita di assistenza domiciliare, di strutture residenziali e semiresidenziali, in cui i servizi assistenziali a carattere sociale hanno un ruolo fondamentale; nonchè l'evoluzione delle patologie alle quali i sistemi sanitari devono rispondere, sempre più legate a fattori climatici¹⁰ e a imprevedibili ondate epidemiche¹¹.

Dunque è sempre più avvertita l'esigenza di costruire strutture nelle quali sia possibile combinare competenze ed interventi di tipo sanitario, con competenze ed interventi di tipo sociale, nella consapevolezza

⁶ Per una ampia ricostruzione del diritto alla salute nelle diverse dimensioni si veda M. LUCIANI (a cura di), *Il diritto alla salute, una prospettiva comparata*, Studio promosso dal Servizio di Ricerca del Parlamento europeo, 2022, nonché F. BRUGNOLA, *Il diritto alla salute nel Servizio Sanitario Nazionale*, Immiolibro Self Publishing, 2022.

⁷ In tema, con riferimento anche all'orientamento della Corte costituzionale, si veda S.PENASA, *La "salute in tutte le politiche": presupposti teorici e fondamento costituzionale. Il Trentino come laboratorio istituzionale*, in *Federalismi.it*, 18.11.2015, p. 1, secondo il quale «Una concezione moderna della funzione pubblica di tutela della salute evidenzia come i fattori determinanti il benessere delle persone siano orientati non solo dal tradizionale ambito delle politiche sanitarie, ma siano conseguenza di una serie di determinanti sociali, rispetto ai quali entrano in rilievo una numerosa serie di materie (urbanistica, tutela del paesaggio, comunicazione e trasporti, istruzione e formazione, politiche del lavoro, sicurezza alimentare, etc.), che nel loro complesso concorrono a definire le condizioni della e per la salute delle persone».

⁸ PNRR, p. 224.

⁹ Il PNRR stima un incremento del numero di anziani non autosufficienti che raddoppierà fino a raggiungere la quota di quasi 5 milioni entro il 2030 (p. 42). Diverse parti del PNRR si riferiscono alla popolazione anziana, oltre agli interventi afferenti alla Missione 6 sulla salute, la Missione 5, in tema di inclusione e coesione sociale, prevede l'adozione per il 2023 della legge quadro sul sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti. Sempre la Missione 5 indica uno stanziamento di 0.5 miliardi per «la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti». In particolare, la linea di attività più corposa di tale progetto (oltre 300 milioni) è finalizzata a finanziare la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi (p. 40).

¹⁰ Si veda al sito dell'OMS il report 2009 *Protecting Health from Climate Change: Global research priorities*.

¹¹ In proposito si veda il report annuale 2019 del *Global Preparedness Monitoring Board* reperibile al sito dello stesso.

dell'insufficienza di una sola delle due ad offrire una risposta adeguata ai diritti della persona, considerata nel suo contesto di vita e di lavoro, dunque al di là della malattia¹². Ed in vero il diritto alle cure all'interno del *welfare* costituisce uno dei tasselli, ma non l'unico, per assicurare il raggiungimento del benessere dell'individuo.

È indicativo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità attribuisca alla salute un significato assai ampio, considerandola «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia», specificando che «la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla», conseguentemente «La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche»¹³.

Tutto ciò richiede di responsabilizzare i cittadini, investire su operatori e professionisti, non solo sanitari, creare approcci multidisciplinari e multidimensionali d'intervento, rafforzare il rapporto con il territorio e soprattutto con le comunità che ivi operano, al fine di dare origine ad una rete collaborativa tra istituzioni, professionisti, persone assistite e loro famiglie, *care giver*, cittadini e loro associazioni. Solamente così è possibile aumentare la qualità delle prestazioni a partire dalla conoscenza dei bisogni e disegnare politiche sociosanitarie proattive.

Nel PNRR viene posta in luce la necessità, resa evidente dalla pandemia Covid-19¹⁴, di creare una maggiore integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali, sono indicati gli obiettivi quantitativi, ma solo marginalmente quelli qualitativi, mentre il piano è carente per quanto attiene ai processi attuativi e agli elementi organizzativi, demandati ad ulteriori atti attuativi.

Del resto la funzione del PNRR è quella di delineare un piano di investimenti in settori predefiniti dall'Unione Europea a carattere infrastrutturale¹⁵, sebbene l'Italia abbia optato per fare in modo che il

¹² Sulla tutela della salute da concepirsi oltre la dimensione di cura della patologia R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal- Rivista di BioDiritto*, 3/2019, pp. 377 ss.

¹³ Glossario O.M.S. della Promozione della salute, reperibile all'indirizzo <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> mentre la traduzione italiana è disponibile al sito www.dors.it.

¹⁴ In tema di criticità del SSN emerse nel corso della pandemia Covid-19 tra i diversi contributi v. C. CIARDO, *Il Servizio Sanitario Nazionale alla prova dell'emergenza Covid-19: il rischio di una sanità diseguale*, in *BioLaw Journal- Rivista di BioDiritto, Special Issue*, 1/2020, pp. 227 ss., ID *Le normative nazionali e le scelte regionali all'origine del ruolo (mancato) dell'assistenza territoriale davanti alla pandemia del Covid-19*, in *Diritto e salute*, 3/2019, pp. 36 ss.; P. BONETTI, *La Costituzione regge l'emergenza sanitaria della pandemia del Coronavirus. Spunti per attuarla diversamente*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2020, pp. 730 ss.; G. VICARELLI, G. GIARELLI (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19*, Milano, 2021.

¹⁵ Art. 3, Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza.

Next Generation EU costituisca un'opportunità per adottare le riforme organizzative e di sistema necessarie a rendere più efficiente ed efficace la pubblica amministrazione, rafforzare il sistema produttivo e contrastare l'esclusione sociale e le disuguaglianze.

2. Case della Comunità e Ospedali di Comunità: uno sguardo alle esperienze pregresse

Gli strumenti individuati nel PNRR, per raggiungere gli obiettivi prefissati di una riforma sanitaria più vicina ai cittadini e alle loro effettive esigenze, sono il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, tra cui le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità.

Per quanto riguarda gli Ospedali di Comunità questi dovrebbero "alleggerire" la pressione delle attuali strutture ospedaliere e gli accessi impropri al pronto soccorso, occupandosi delle degenze di breve durata e dei pazienti che richiedono interventi sanitari di media/bassa intensità. Non si tratta di strutture deputate alla continuità assistenziale ma ad interventi temporanei, anche al fine di fungere da ponte tra le cure ospedaliere acute e quelle al domicilio. Sono previsti in tutto 381 Ospedali di Comunità, da realizzarsi entro la metà del 2026¹⁶.

Gli Ospedali di Comunità erano già contemplati nel D.M. 2 aprile 2015 n. 70¹⁷ (all.1. paragrafo 10), nell'ambito del progetto più ampio volto al «riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio», come strumenti di una «più adeguata attenzione alle cure graduate», al fine di dare «risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni»¹⁸.

Tuttavia solo nel 2020 è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, nella quale hanno trovato definizione i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio degli Ospedali di Comunità¹⁹. L'intesa definisce l'Ospedale di Comunità quale «struttura di ricovero breve che afferisce al livello essenziale di assistenza territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture in mancanza di

¹⁶ Dubita della reale efficacia degli Ospedali di Comunità G. FORNERO, *Reti di prossimità: obiettivi del PNRR e nodi da approfondire*, in *Welforum.it*, 2 agosto 2020.

¹⁷ Si tratta del "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", il quale tra l'altro prevede un significativa riduzione dei posti letto ospedalieri. Il D.M. 70/2015 trae origine dall'art. 15, c. 13, l. c) del d.l. 95/2012 (conv. l. 135/2012).

¹⁸ Così nella Premessa dell'Allegato 1, punto 1.1., D.M. 70/2015.

¹⁹ L'intesa è stata siglata il 20 gennaio, ai sensi dall'art. 5, comma 17 del Patto per la salute 2014-2016.

idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza /sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio»²⁰.

Per quanto attiene alle Case della Comunità, su cui ci si soffermerà più in dettaglio in questo lavoro, si tratta di un'innovazione che riprende modelli già in passato suggeriti ma realizzati solo marginalmente²¹.

Giulio Maccacaro, nel 1972, pubblicava uno scritto dal titolo "Unità sanitaria come sistema", proponendo l'istituzione delle Case della salute²².

L'idea di riorganizzare i servizi sanitari, trasferendo risorse e servizi assorbiti dagli ospedali per costituire strutture vicine ai cittadini, nelle quali fossero disponibili i servizi di base e le cure primarie, è stata recepita dalla legge Finanziaria 2007²³ (Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a), che ha messo a disposizione 10 milioni di euro per cofinanziare la realizzazione in via sperimentale di Case della salute da parte delle Regioni²⁴.

Il Ministero della salute ha definito, con decreto 10 luglio 2007, le linee guida per l'accesso ai fondi stanziati, qualificando le Case della salute come «strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni sociosanitarie integrate ai cittadini»²⁵. Ulteriori elementi caratterizzanti sono la «contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie»²⁶. La Casa della salute è configurata come struttura ove il cittadino può usufruire delle cure primarie prestate dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, «7 giorni su 7 e per le 24 ore, attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET)»²⁷, nella quale trovano

²⁰ Al 2020 risultavano presenti sul territorio nazionale 163 Ospedali di Comunità, (per un totale di posti letto pari a 3.163). Si veda Camera dei Deputati, XVIII Legislatura, Documentazione e ricerche Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Documento

http://documenti.camera.it/leg18/dossier/tsti/ASO207.htm?_1617703720305#_Toc65504910, p. 8.

²¹ Per un raffronto tra le strutture si veda 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, pp. 361 ss.; si veda inoltre S. LANDRA, M. RAVAZZINI, F. PRANDI (a cura di), *La salute cerca casa*, Roma, 2019.

²² G. MACACCARO, *Per una medicina da rinnovare*, Milano, 1972

²³ Faceva parte del potenziamento delle cure primarie voluto dal Ministro Livia Turco allora Ministro della salute.

²⁴ La sperimentazione è stata più volte reiterata.

²⁵ Camera dei Deputati, XVIII Legislatura, Documentazione e ricerche Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale. Documento, cit., p. 5.

²⁶ *Ibidem*

²⁷ Allegato A, punto 1), 1., DM 10 luglio 2007.

collocazione la specialistica ambulatoriale, gli ambulatori infermieristici e per piccole urgenze, i servizi riabilitativi e di prevenzione.

Per quanto attiene all'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali, è previsto che nella struttura sia presente lo Sportello Unico di Accesso. Lo Sportello Unico realizza la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale²⁸.

Più di recente l'art. 1, comma 4-*bis*, del d.l. 19 maggio 2020, n. 34 (cov. in l. 77/2020), nel prevedere il potenziamento della rete di assistenza, ha disposto l'istituzione delle c.d. "strutture di prossimità", in via sperimentale per il biennio 2020-2021. Il decreto ha stabilito che attraverso provvedimento del Ministero della salute, adottato sulla base di un atto d'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni, venisse coordinata la sperimentazione.

Detto atto ha visto la luce solo il 4 agosto 2021 e reca le linee di indirizzo per l'attuazione di progetti regionali volti a realizzare le strutture di prossimità²⁹. Il contesto in cui si collocano le strutture di prossimità è costituito dall'emergenza sanitaria Covid-19 e dalla necessità di implementare le azioni di promozione e prevenzione terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, rivolte sia ai pazienti in isolamento o sottoposti a quarantena, sia ai soggetti con situazioni di fragilità, tutelate nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza³⁰. L'intento espresso nell'atto ministeriale è quello di «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»³¹.

La struttura di prossimità è descritta come non necessariamente un luogo fisico, a differenza della Casa della salute, ma piuttosto come un modello organizzativo di aggregazione funzionale diretto ad assicurare l'assistenza

²⁸ Allegato A, punto 1), 6., DM 10 luglio 2007.

²⁹ Dubita sulla ragionevolezza di un percorso a doppio binario: Case della Comunità inserite nel PNRR e strutture di prossimità E. ROSSI, *Le "Case della Comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, cit., p. 366, il quale osserva: «da un lato si avvia... una sperimentazione biennale, e dall'altro si prevede una situazione a regime (che quindi dà per acquisito il buon esito della sperimentazione), rinviando ad un decreto ministeriale da adottarsi entro il 2021 (quindi, prima del termine della sperimentazione, anche nell'ipotesi in cui essa fosse partita in tempo...) la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate, e addirittura indicando la prospettiva numerica che si dovrà raggiungere».

³⁰ In tema si veda G.F. FERRARI, *Il nuovo piano di rafforzamento del SSN*, in ID., *Osservatorio del farmaco 2021*, Milano, 2021, pp. 52 ss.

³¹ Linee di indirizzo, p. 2..

primaria, la continuità assistenziale, la cura domiciliare e/o in ambienti protetti (RSA), la promozione e prevenzione, attraverso il coinvolgimento di differenti professionalità.

Particolare attenzione viene dedicata all'integrazione tra aspetti sanitari ed aspetti sociali, in un certo qual modo si supera l'impostazione delle prestazioni sociosanitarie, per approdare all'idea di una presa in carico della persona globalmente intesa, a prescindere dalla sussistenza di uno stretto legame tra tutela della salute e prestazioni assistenziali a carattere sociale³². Ed infatti, come si legge nella premessa delle linee di indirizzo, «Le strutture di prossimità sono programmate con una strategia che prevede l'integrazione degli aspetti sanitari e assistenziali con quelli sociali, compresi quelli abitativi, educativi, produttivi e culturali per sviluppare un sistema di *welfare* di comunità efficace e condiviso, basato sulla reciprocità e sul riconoscimento della complessità dei bisogni delle persone»³³.

È significativo che il *welfare* di comunità non sia solo evocato nelle premesse, ma sia anche ben declinato. Infatti si legge: «Allo scopo di garantire un governo integrato tra tutti i contributi, va valorizzato il coinvolgimento e il ruolo delle istituzioni presenti sul territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore privi di scopo di lucro»³⁴.

3. Le indicazioni del PNRR sulle Case della Comunità

La Casa della Comunità descritta nel PNRR ha caratteristiche in parte differenti rispetto alle strutture di prossimità e appare più simile alla Casa della salute³⁵. Si tratta infatti una struttura fisica, facilmente individuabile dai cittadini, nella quale sarà presente un «team multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute»³⁶. È configurata come punto di accesso alle prestazioni sanitarie, ed infatti «tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari)», nonché la presenza di servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari «secondo un approccio di medicina di genere»;

³² Sul tema si veda in E. ROSSI, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Rivista Aic*, 2/2018, che ricostruisce l'evoluzione normativa dell'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari. In via preliminare l'Autore si sofferma sulle difficoltà definitorie dell'espressione "servizi sociosanitari", osservando che «indica... l'unione (o, meglio, la combinazione) tra le "due assistenze" ». Si veda anche M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi.it*, 15 novembre 2017.

³³ Linee di indirizzo, p. 2.

³⁴ Linee di indirizzo, p. 3.

³⁵ Così anche E. ROSSI, *Le "Case della Comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, cit., pp. 369 ss.

³⁶ PNRR, p. 225.

caratteristica, quest'ultima, estremamente innovativa. Bisogna infatti ricordare che l'Italia è stato il primo Paese europeo che nel giugno 2019 ha varato il Piano per l'applicazione e la diffusione della medicina di genere³⁷. Lo scopo è quello di attuare pratiche sanitarie che nella ricerca, prevenzione, diagnosi e cura tengano conto delle differenze derivanti dal genere, così da diversificare l'offerta terapeutica e renderla maggiormente aderente alle necessità della persona presa in carico.

Per le Case della Comunità è indicato un investimento complessivo a livello nazionale pari a due miliardi di euro per l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno allocarsi in edifici di nuova costruzione o in strutture già esistenti³⁸.

In base alle indicazioni del PNRR le Case della Comunità appaiono strutture di assistenza sanitaria di tipo aggregativo, deputate a fornire servizi di base, in cui viene valorizzata in particolare la figura dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità già introdotto dal decreto legge n. 34/2020, art. 1, c. 5. Un elemento di criticità, che è stato sottolineato da più parti al varo del piano, è costituito dalle modalità attraverso le quali realizzare una effettiva sinergia tra i diversi professionisti presenti nelle Casa della Comunità e/o ad essa funzionalmente collegati³⁹, posto che queste sono concepite come strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare per i malati cronici. Al di là dell'implementazione del Fascicolo sanitario elettronico e della Telemedicina, entrambi oggetto del PNRR⁴⁰, occorrerebbe infatti costruire programmi congiunti di azione per la presa in carico dei pazienti, superando la connotazione "solista" che spesso caratterizza la figura del medico, in particolare del Medico di Medicina Generale e del

³⁷ Il piano reca la data del 6 maggio 2019, ed è stato adottato dal Ministro della salute, in attuazione dell'articolo 3, comma 1, legge 11 gennaio 2018, n. 3 (reperibile al sito istituzionale)

³⁸ Con decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 è stata disposta la "Ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari". Il decreto dispone che ciascun soggetto attuatore predisponga i Piani operativi, comprendenti gli *Action Plan*, entro il 28 aprile 2022 e che entro il 31 maggio 2022 vengano sottoscritti con il ministero i Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS). Detti contratti sono uno degli strumenti di programmazione previsti dalla normativa nazionale per la Missione 6 (d.l. 77/2021 conv. con l. 108/2021, art. 56, comma 2), indicano gli enti che devono attuare ogni intervento e gli obblighi delle parti. I CIS sono stati siglati con 30 giorni di anticipo. Sono previste in tutto 1350 Case della Comunità, una quota quindi superiore a quella stimata nel PNRR.

³⁹ In tema si veda E. GUZZANTI, *L'assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, Roma, 2009, pp. 81 ss.

⁴⁰ PNRR, p. 225 ss. La telemedicina non è soltanto una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a distanza, ma anche una modalità attraverso la quale i diversi professionisti possono interfacciarsi.

Pediatria di Libera Scelta, la cui attività generalmente si concretizza nel suggerire l'intervento di specialisti⁴¹.

Il profilo dell'assistenza sociale all'interno della struttura è invece "opzionale". Il PNRR prevede la "possibilità" di includere tra i servizi presenti nella Casa delle Comunità i servizi sociali e assistenziali, i quali saranno «rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica»⁴².

Stando al tenore letterale del PNRR non sembra che lo stesso abbia dato il necessario risalto a quell'elemento imprescindibile che connota il *welfare* comunitario, come prospettiva di un approccio integrato ed olistico ai problemi di salute delle singole persone e della comunità⁴³, nonostante sia affermato che «La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale»⁴⁴.

Sotto questo profilo il PNRR esplicita, tuttavia, che l'investimento previsto per la realizzazione delle Case della Comunità, «agisce in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5» ossia: con gli investimenti dedicati da un lato alla disabilità e all'emarginazione sociale e dall'altro al sostegno delle persone vulnerabili e alla prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. La missione salute, dunque, si collega con i progetti finanziati per l'inclusione e la coesione sociale, ma la Casa della Comunità non pare essere concepita come "infrastruttura sociale": come luogo fisico di accesso ai servizi sociali, unitamente ai servizi sanitari e sociosanitari⁴⁵. In fine, per quanto attiene alla comunità, il PNRR

⁴¹ Sulle problematiche afferenti ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta nel Sistema Sanitario Nazionale si veda E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2/2019, pp. 259 ss.

⁴² PNRR, p. 227

⁴³ Una visione olistica ed integrata del diritto ad una vita sana richiederebbe di promuovere e costruire il benessere complessivo dell'individuo e della comunità, creare continuità assistenziale, coinvolgere nei processi di governo della domanda enti e soggetti della sanità e del sociale, singoli, associazioni e Terzo settore. In tema R. BALDUZZI, *Presentazione*, in *Il sistema sanitario e l'empowerment, Quaderni di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, 6° suppl. al n. 25/2010, pp. 4 ss.

⁴⁴ PMRR, p. 227.

⁴⁵ In senso contrario si esprime F. BIONDI DAL MONTE, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent'anni dall'approvazione della l. 328/2000*, in *Le Regioni*, 4/2021, p. 284, secondo la quale il rafforzamento del ruolo dei servizi sociali territoriali nella Missione 6 - Salute, con particolare riferimento alle Case della Comunità, condurrebbe «a un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, «superando la carenza di coordinamento negli interventi

considera la stessa come destinataria dell'assistenza sanitaria, come entità espressione di interessi e bisogni che, come recita l'art. 32 della Costituzione, non si riducono alla sola dimensione individuale ma afferiscono alla collettività. Tuttavia non individua gli strumenti giuridici che rendono possibile il coinvolgimento della comunità nell'analisi dei problemi, delle risorse, nella costruzione di percorsi integrati di cura ed assistenza, nell'erogazione delle prestazioni e nella valutazione dei risultati, «che sono per un verso risultati di offerta ma, soprattutto, esiti sul benessere sociale che è anche conoscenza, consapevolezza critica e partecipazione»⁴⁶, sebbene, come verrà approfondito, il Codice del Terzo settore offra puntuali indicazioni in merito.

4. Dal PNRR al D.M. 77/2022, un percorso interrotto e ripreso

Le Case della Comunità rientrano 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”. Il PNRR ha previsto che l'attuazione della riforma sanitaria territoriale fosse demandata ad uno specifico decreto ministeriale ⁴⁷.

Lo schema del regolamento, recante nell'Allegato 1 modelli e standard per l'assistenza territoriale, è stato sottoposto all'esame della Conferenza permanente Stato-Regioni al fine di raggiungere l'intesa.

In Conferenza sono state espresse perplessità sulla tenuta economica del provvedimento, non tanto in relazione ai costi delle infrastrutture, quanto piuttosto in ordine alle risorse disponibili per coprire la dotazione del personale e alle ricadute sulla spesa corrente del Servizio Sanitario Nazionale. Nonostante le proposte di modifica presentate dai Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, che hanno tenuto conto delle indicazioni espresse in sede di Conferenza⁴⁸, l'intesa non è stata raggiunta per la mancata adesione della Regione Campania.

sanitari, sociosanitari e socioassistenziali», obiettivo già posto dalla l. 328/2000 ma rimasto incompiuto.

⁴⁶ Così F. RIBOLDI, *Verso un Welfare di comunità sostenibile: la sfida possibile delle Case della salute/Case della Comunità*, in *Corti Supreme e salute*, 3/2018, p. 4, il quale ha proposto il passaggio dalla Casa della salute alla Casa della Comunità, intesa «come luogo della relazione, dello scambio, della sintesi, il “luogo dei luoghi” in cui “oltre” le etnie, la religione, la lingua, le esperienze storiche e i “mandati” formali, ci si ritrova per costruire le condizioni del vivere e della salute/benessere dove, cioè, si concretizza la “voglia di comunità”».

⁴⁷ PNRR p. 224.

⁴⁸ Il testo è stato portato in Conferenza Stato-Regioni il 16 marzo 2022, in considerazione delle osservazioni espresse in quella sede, il Ministero dell'economia e delle finanze ha chiesto un rinvio. Nella seduta successiva del 30 marzo 2022 è stato proposto di dilazionare nel tempo l'attuazione del regolamento in relazione alle disponibilità finanziarie.

Lo stallo del percorso di approvazione è stato superato attraverso la delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022. Nella delibera vengono dettagliate le ragioni che consentono di superare il vincolo dell'intesa Stato-Regioni⁴⁹. Ai sensi dell'art. 3, c. 3 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, allorchè l'intesa non venga raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta, è comunque consentita l'adozione dell'atto, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri che illustri i motivi che inducono a procedere in assenza della stessa⁵⁰.

La delibera del Consiglio dei Ministri richiama la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, la quale ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui stabiliva che il regolamento sugli standard relativi ai LEA e sulle tipologie di assistenza e servizi venisse adottato sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato-Regioni, anziché previa intesa.

La citata sentenza si raccorda con la precedente decisione della Corte costituzionale, n. 116 del 23-31 marzo 1994, nella quale la Consulta ha sancito l'illegittimità del D.P.R. 24 dicembre 1992, recante la definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria, in quanto non spettava allo Stato, in mancanza di adeguata motivazione, provvedere direttamente a definire i livelli uniformi di assistenza, senza previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni⁵¹.

Secondo la sentenza n. 134 del 2006, infatti, gli standard costituiscono integrazioni e specificazioni dei LEA, dal che ne consegue la necessità di equiparare il procedimento di approvazione.

⁴⁹ L'intesa è stata qualificata dalla giurisprudenza costituzionale come "codeterminazione paritaria dell'atto" (Corte cost., sent. n. 27 del 2004). In tema si vedano i commenti di S. AGOSTA, *La Corte aggiunge altri tasselli al complicato mosaico delle intese tra Stato e Regioni (considerazioni a margine della sent. n. 27 del 2004)*, in *Forum Quad. cost.*, 8 aprile 2004; M. CECCHETTI, *Le intese tra Stato e Regioni su atti necessari. Come preservare il valore della "codecisione paritaria" evitandone gli effetti perversi*, in *Le Regioni*, 4/2004, pp. 1044-1053. Si veda altresì per quanto attiene al venir meno della distinzione tra "intesa debole" ed "intesa forte", il cui mancato raggiungimento determina l'impossibilità di adottare l'atto, A. CANDIDO *La leale collaborazione tra intese deboli e forti: una contrapposizione sbiadita*, in *Rivista Aic*, 3/2016; A. PAIANO, *Forme di raccordo fra Stato e autonomie territoriali: il principio di leale collaborazione e il sistema delle Conferenze*, in *Osservatorio sulle fonti*, 1/2020, pp. 227 ss.

⁵⁰ È stato osservato che la predetta disposizione non sarebbe stata rispettata poiché il termine di trenta giorni non è decorso dalla seduta in cui è stata rinviata la discussione ma dalla prima, quando invece la richiesta di rinvio da parte statale può essere interpretata «come implicita volontà di spostare il momento del decorso del termine», così R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, 2/2022, p. 1, nota 1.

⁵¹ Si veda anche Corte costituzionale, sentenza 13-27 marzo 2003, n. 88 e l'analisi svolta da A. ANDRONIO, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza della Corte costituzionale 13-27 marzo 2003, n. 88*, in *Federalismi.it*, 8/2003. Si veda altresì E. BALBONI, G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 5/2006, pp. 1014 ss.

In considerazione della citata pronuncia la delibera àncora i modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale alla competenza statale in materia di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, comma 2, l. m) Cost.) e all'eventuale esercizio del potere sostitutivo (art. 120, comma 2, Cost.), senza ovviamente dimenticare l'art. 32 della Costituzione.

Per quanto attiene ai modelli e agli standard delle Case della Comunità, questi rientrerebbero nel potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, quale tassello complementare destinato a riequilibrare il contenimento dell'offerta ospedaliera derivante dal decreto ministeriale 70/2015. Ed in vero, è stato evidenziato come il citato decreto abbia portato le Regioni a percorrere la via della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, facendo leva in particolare sul Distretto ⁵².

Nell'illustrare i motivi il Governo cerca di muoversi all'interno dei parametri di legittimità elaborati nel corso degli anni dalla Corte costituzionale. La Consulta quando è stata chiamata a decidere in merito alle modalità di fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni nella sanità, non ha rinvenuto un'incompatibilità costituzionale nella definizione degli stessi attraverso regolamento⁵³, tenuto conto anche che nella legislazione nazionale sono espressi i principi a cui devono conformarsi i LEA, indicati nell'art. 1, comma 2, d.lgs. 502/1992, ed altresì gli ambiti. Il comma 6, del medesimo articolo, ricomprende nei LEA le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi all'assistenza sanitaria, ospedaliera e distrettuale, nella cui sfera, come si avrà modo di vedere, si collocano le Case della Comunità⁵⁴.

Gli standard dell'assistenza sanitaria territoriale costituiscono una specificazione dei livelli essenziali sul versante attuativo, come ha avuto modo di illustrare la Corte costituzionale nella sentenza n. 134/2006, e

⁵² C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016, con ivi l'analisi delle riforme operate a livello regionale.

⁵³ Si ricorda che dopo la revisione costituzionale del Titolo V Cost., il d.l. n. 347/2001, conv. in l. 405/2001 ha disposto che i LEA siano individuati attraverso decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato-Regioni. La legge 208/2015 (art. 1, comma 565) ha successivamente previsto che l'aggiornamento dei livelli essenziali sia attuato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, nel caso in cui si proceda ad una modifica degli elenchi delle prestazioni erogabili dal SSN o all'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza dell'erogazione delle stesse prestazioni.

⁵⁴ Nella sentenza n. 88/2003, la Corte costituzionale ha sottolineato che le scelte sui livelli essenziali delle prestazioni nelle linee generali debbono essere operate dallo Stato con legge, «che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori». Sul procedimento di approvazione dei LEA si veda F. GIGLIONI, *Le procedure di determinazione dei livelli essenziali di assistenza*, in *Giorn. dir. amm.*, 10/2004, pp. 1103 ss.

dunque si pongono anche nel solco del più recente d.p.c.m. 12 gennaio 2017, recante “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

A tutto ciò si aggiunge il diverso percorso che la leale collaborazione Stato-Regioni ha assunto nel corso del tempo, soprattutto a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, ove si considerino i Patti per la salute. Non è un caso che il riferimento legislativo dei predetti patti sia costituito dalla legge 5 giugno 2003, n. 131, avente ad oggetto “Disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3”, e in specie nell’art. 8, comma 6, ai sensi del quale il Governo può promuovere «la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l’armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni». Il decreto ministeriale sui modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, parrebbe poter essere inteso anche come attuativo delle indicazioni contenute nel «Patto per la salute per gli anni 2019-2021», frutto dell’intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra Governo, Regioni e Province autonome⁵⁵.

Tra le indicazioni contenute nel patto vi è: assistenza territoriale e medicina generale⁵⁶, partecipazione dei cittadini⁵⁷ e revisione del DM 70/2015.

La delibera richiama, infine, l’art. 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, (c.d. legge di bilancio 2022), il quale ha stanziato risorse aggiuntive per il personale necessario a riorganizzare l’assistenza territoriale, prevedendo l’adozione di un decreto ministeriale volto a definire gli «standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l’assistenza territoriale».

Se quelle poc’anzi descritte sono le indicazioni fornite nella delibera del Consiglio dei Ministri, è anche vero, come sostenuto da autorevole dottrina, che occorre fare un distinguo. Mentre, infatti, è incontestabile

⁵⁵ Ed in vero il Patto viene citato nella delibera del Consiglio dei Ministri 21 aprile 2022.

⁵⁶ In base al Patto per la salute (scheda 8): «Nell’ambito dell’assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria, garantendo l’integrazione con i servizi socio-assistenziali». Tra gli obiettivi perseguiti è indicato «il completamento del processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l’integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone». Reperibile all’indirizzo <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/patto-per-la-salute-2019-2021-il-testo-20616/>

⁵⁷ In merito alla partecipazione dei cittadini il Patto indica semplicemente l’implementazione della comunicazione e la messa in atto di pratiche inclusive (scheda 14).

che il regolamento ministeriale trovi legittimazione nel comma 169, art. 1, l. 311/2004 per quanto attiene gli standard riconducibili ai LEA, più complesso parrebbe il percorso interpretativo da seguire in merito agli elementi organizzativi, ampiamente descritti nell'Allegato 1, sotto il profilo del rispetto del principio di legalità formale e sostanziale. La definizione dei modelli dell'assistenza territoriale troverebbe la fonte di legittimazione sempre nel menzionato comma 169, ma nella parte in cui si riferisce alla definizione delle tipologie di assistenza e dei servizi. Relativamente ai criteri e limiti della potestà regolamentare soccorre, invece, l'orientamento espresso della Corte Costituzionale nelle sentenze nn. 134/2006 e 88/2003, secondo cui nei settori altamente tecnici sono sufficienti limitate indicazioni per escludere la violazione del principio di legalità⁵⁸.

Occorre poi considerare che, nonostante l'articolato e complesso intreccio tra competenze regionali e statali in tema di sanità⁵⁹, allo Stato è assegnata oltre alla potestà regolamentare in materia di livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, c. 6, Cost.), anche la definizione dei principi fondamentali a tutela della salute (art. 117, c. 3, Cost.), nel cui ambito rientrano gli aspetti organizzativi, per quanto attiene, «ai metodi ed alle prassi di razionale ed efficiente utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e materiali destinate a rendere possibile l'erogazione del servizio sanitario»⁶⁰.

Tuttavia è innegabile che le fonti primarie richiamate nella delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022, diano adito a confusione ed incertezza circa l'oggetto del potere regolamentare, il che non è scevro di conseguenze sotto il profilo dell'idoneità della stesso a disciplinare le variegate indicazioni presenti nell'Allegato 1 allo schema del decreto⁶¹.

⁵⁸ La ricostruzione riportata è illustrata da R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., pp. 2 – 7.

⁵⁹ Come è stato osservato lo «Stato conserva il ruolo di co-legislatore in una pluralità di ambiti materiali che attraversano quello della tutela della salute, si intrecciano con esso, rendendo quanto mai impegnativo il tentativo di separare, distinguere o solo chiarire i confini delle competenze statali e regionali». Così D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, 1/2018, p. 5.

⁶⁰ Così Corte cost. 23 marzo 2007, n. 105. La Corte costituzionale ha avuto modo di precisare che «nelle materie di competenza ripartita è da ritenere vincolante anche ogni previsione che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, è da considerare per la finalità perseguita, in rapporto di coesistenza e di necessaria integrazione con le norme-principio che connotano il settore» (sentenza n. 371/2008). Per una ricostruzione C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, pp. 1 ss; F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. del fed.*, 3-4/2018, pp. 789 ss.

⁶¹ Così R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 6.

Il più volte citato comma 169 non contempla gli “standard organizzativi”, che invece compaiono nell’art. 1, comma 274, della legge di bilancio 2022.

Di siffatta incoerente ed equivoca sovrapposizione di riferimenti si è avveduto il Consiglio di Stato, quando ha espresso il proprio parere sullo schema del regolamento⁶².

Il Consiglio di Stato ha suggerito di modificare l’impostazione del decreto, poiché l’Allegato 1 conteneva una serie di indicazioni aventi carattere eterogeneo tra di loro: alcune di natura prescrittiva, altre a carattere descrittivo ed altre ancora formulate come «auspici e possibili soluzioni per l’assetto futuro». Secondo il Consiglio di Stato tale impostazione avrebbe potuto compromettere la validità del regolamento, aprendo la strada a possibili contenziosi, ed ostacolare l’accesso ai finanziamenti legato alla compiuta realizzazione dell’allegato tecnico.

Le proposte espresse nel parere sono state recepite nel D.M. 77 del 23 maggio 2022, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 22 giugno 2022, con il quale è stato finalmente adottato il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Il decreto presenta tre allegati: l’Allegato 1 ha valore descrittivo, l’Allegato 2 prescrittivo e l’Allegato 3 racchiude semplicemente il glossario degli acronimi impiegati. L’Allegato 1 contiene il “modello per lo sviluppo dell’assistenza territoriale”, l’Allegato 2 invece gli “standard”, il che parrebbe far venir meno i profili problematici riscontrati per ricondurre ai parametri costituzionali il potere regolamentare esercitato attraverso il D.M. 77/2022.

Occorre peraltro osservare come il Consiglio di Stato abbia evidenziato diversi elementi di criticità che hanno caratterizzato l’adozione del decreto, primo fra tutti il mancato coinvolgimento della Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA, istituita dall’articolo 1, comma 556, della legge 208/2015. Il Consiglio di Stato ha tuttavia preso atto dell’impostazione presentata dal Ministero della salute, secondo la quale detto coinvolgimento non sarebbe stato previsto dal comma 274 della l. 234/2021, suggerendo un intervento legislativo di modifica delle disposizioni ritenute non più applicabili. Questo passaggio del parere non convince appieno, se si considera il tenore letterale della richiamata disposizione, che non parrebbe svolgere una funzione abrogativa rispetto al procedimento relativo ai LEA e ai relativi standard⁶³.

⁶² Adunanza della Sezione Consultiva 10 maggio 2022, n. 881, reperibile al sito istituzionale.

⁶³ Si veda R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit. p. 3 – 4.

5. Le Case della Comunità nel contesto dell'assistenza territoriale ai sensi del D.M. 77/2022: tra vecchie formule e nuovi profili

Nel D.M. 77/2022 le Case della Comunità sono qualificate come strutture pubbliche del SSN, costituiscono uno dei tasselli fondamentali su cui è costruito il modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale e sul quale poggia il potenziamento dell'assistenza primaria, considerata la «prima porta d'accesso» al servizio sanitario⁶⁴. Per le Case della comunità, così come per il rinnovamento del modello dell'assistenza territoriale, il filo conduttore della riforma sembra essere l'integrazione tra profili professionali, servizi e prestazioni. Le Case della Comunità vengono disegnate come luoghi di produzione dei servizi territoriali e di prossimità, nelle quali si possono svolgere processi di integrazione organizzativa e professionale.

Le parole d'ordine, sottese agli Allegati 1 e 2 del D.M. 77/2022, sembrano essere: coordinamento, partecipazione, cooperazione e continuità assistenziale, che assumono il ruolo di principi da seguire, in particolare per la gestione delle Case della Comunità, ma anche per potenziare le cure a domicilio, l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, la medicina d'iniziativa, la digitalizzazione dei servizi, la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti.⁶⁵

Se quelle pocanzi dette sono le indicazioni generali, il loro invero è in primo luogo affidato al Distretto - articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria - deputato a gestire e coordinare la rete dei servizi sanitari territoriali e sociosanitari a valenza sanitaria, nonché a perseguire, «anche attraverso le Case della Comunità», l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie⁶⁶. L'obiettivo è favorire l'attuazione di reti di servizi funzionali alla realizzazione di percorsi assistenziali programmati e monitorati, secondo i bisogni di salute degli assistiti, attraverso un'integrazione di interventi tra più attori.

Come è noto il ruolo del Distretto è progressivamente mutato nel tempo. In origine, secondo la legge 833 del 1978, era una struttura tecnico-funzionale «per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento» (art. 10, c. 3), con la riforma della sanità, operata agli inizi degli anni '90 del secolo scorso⁶⁷, diviene centro di *governance* di una

⁶⁴ Così Allegato 1, p. 14

⁶⁵ Allegato 1, p. 23.

⁶⁶ Allegato 1, pp. 23 – 24, indica tre funzioni afferenti al Distretto: di committenza, che si sostanzia nella programmazione e pianificazione «delle innovazioni organizzativo/produttive locali», il che potrebbe riferirsi anche al coinvolgimento degli enti del Terzo settore le cui iniziative si caratterizzano spesso per l'originalità della risposta ai bisogni della comunità; di produzione, nel senso di erogazione diretta o indiretta dei servizi; di garanzia di accesso ed equità, a cui si legano compiti di monitoraggio e verifica dei risultati.

⁶⁷ Decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dal d.lgs. n. 517/1993.

complessa rete di servizi territoriali. Il d.lgs. 229 del 1999 ha successivamente precisato il ruolo del Distretto, affidando alle Regioni il profilo organizzativo. Al Distretto è assegnato il compito di garantire «l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali» (art. 3. che ha aggiunto l'art. 3-*quinquies*, al d.lgs. 502/1992, comma 1 lett. a)). Fin dalla sua origine è stato considerato ambito strategico per l'integrazione dell'assistenza sanitaria con quella sociale (art. 11, cc. 5 e 6, l. 833/1978), profilo, questo, che è stato potenziato dai progressivi interventi legislativi concernenti il SSN⁶⁸, nonché dalla "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", n. 328/2000. L'art. 8, co. 3, lett. a), della citata legge, fa riferimento alla coincidenza tra il Distretto e l'ambito territoriale per la gestione unitaria dei servizi sociali⁶⁹. Mentre l'art. 19 si riferisce al coordinamento tra la pianificazione di zona e quella di Distretto⁷⁰.

Fra gli standard del Distretto vi sono le Case della Comunità, attraverso le quali il Distretto può perseguire «l'integrazione tra diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità delle offerte»⁷¹.

All'interno del Distretto è prevista una Casa della Comunità "*hub*", ogni 40.000-50.000 abitanti e Case della Comunità "*spoke*", il cui numero dipende dalle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio, nel rispetto, però, del principio di prossimità delle strutture; è infatti richiesto che siano non solo facilmente individuabili ma anche facilmente raggiungibili. Il modello è quello di avere una struttura centrale a vocazione generalista di media/alta complessità ("*hub*"), a cui si affiancano le altre strutture ("*spoke*"), che svolgono funzioni più contenute: sostanzialmente di primo intervento e di gestione delle situazioni più semplici.

Le Case della Comunità "*hub*" e quella "*spoke*", sono accomunate dal fatto che devono costituire l'accesso unitario fisico per la popolazione di

⁶⁸ In particolare dall'art.1, l.189/2012 (di conv. del d.l. 158/2012), c.d. legge Balduzzi sul riordino dell'assistenza territoriale.

⁶⁹ È indubbio che la coincidenza tra l'ambito territoriale del Distretto e quello della zona sociale, può favorire l'appartenenza ad una comunità locale e, quindi, la costruzione di programmi integrati di tutela della salute e di assistenza alla persona.

⁷⁰ Per un'analisi approfondita dei punti di forza e di debolezza del Distretto e della differente attuazione organizzativa operata in sede regionale si veda *Quaderni di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, 8° suppl. al n. 27/2011.

⁷¹ Occorre evidenziare che lo standard, in questo caso non è contenuto nell'Allegato 2, ma nell'Allegato 1, p. 23.

riferimento ai servizi di assistenza primaria e di integrazione sociosanitaria, svolgendo anche attività di accoglienza ed orientamento dell'assistito. Entrambe devono offrire servizi di cure primarie erogati attraverso un'equipe multiprofessionale, costituita da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, specialisti ambulatoriali interni, Infermieri di Famiglia o Comunità ed altri professionisti della salute disponibili nell'ambito delle aziende sanitarie⁷².

La differenza tra le due strutture, come è agevole desumere dall'Allegato 2 al D.M. 77/2022, consiste nel fatto che alcuni servizi non sono obbligatori per le "spoke" ma facoltativi⁷³. Altri servizi invece vengono erogati in misura ridotta dalle Case della Comunità "spoke" rispetto a quelle "hub"⁷⁴. Gli standard di personale per ciascuna Casa della Comunità "hub" è costituito da 7-11 infermieri, 1 assistente sociale, 5 – 8 unità di personale di supporto, che comprende sia personale sociosanitario sia personale amministrativo⁷⁵. L'assetto organizzativo contempla oltre ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, anche tutte le forme aggregative degli stessi (AFT e UCCP⁷⁶), le quali potranno avere sede fisica nelle Case della Comunità, oppure essere ad esse funzionalmente collegate⁷⁷. Nella parte descrittiva il D.M. 77/2022 precisa che l'assistenza medica h 12 - 6 giorni su 7 - viene garantita «dalla presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento», e che «tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC *hub* e *spoke*»⁷⁸.

⁷² P. 27 Allegato 1. D.M. 77/2022, il quale indica tra i professionisti: Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della prevenzione, della riabilitazione e tecnica.

⁷³ Sono facoltativi i Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità); la Continuità assistenziale e il Punto prelievi.

⁷⁴ La presenza medica è h 24, 7 giorni su 7, nelle "hub", invece nelle "spoke" è h 12, 6 giorni su 7, mentre quella infermieristica è, rispettivamente, h 12, 7 giorni su 7, e h. 12, 6 giorni su 7.

⁷⁵ L'Allegato 1, p. 30, specifica che indicativamente le Case della Comunità "hub" debbono avere: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l'attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l'assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

⁷⁶ AFT e UCCP costituiscono formule organizzative introdotte dall'art. 1 della l. 189/2012, di conversione del d.l. n. 158/2012. Le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) sono reti "mono-professionali" di medici di medicina generale, le UCCP (Unità Complessa di Cure Primarie) sono forme organizzate/unità multiprofessionali che operano, in forma integrata, all'interno di strutture o presidi. Si veda in proposito D. MORA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, pp. 595 ss.; D. ARGENIO HUPPERTZ, *L'applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Rimini, 2016, pp. 217 ss.

⁷⁷ L'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 c.d. legge di bilancio 2022, ha previsto l'implementazione progressiva delle risorse destinate al reclutamento del personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale.

⁷⁸ Allegato 1, p. 30.

In merito occorre sottolineare che il nodo centrale per rendere operative le Case della Comunità, che necessita di essere sciolto, è costituito dal problematico rapporto tra i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta e il SSN⁷⁹. Su questo versante le Regioni nel settembre 2021⁸⁰ hanno elaborato un documento di possibile riforma, nel quale hanno individuato sia le opzioni disponibili, sia le relative criticità. Dalla lettura del documento la forma dell'accreditamento sembrerebbe la più plausibile⁸¹, tuttavia per essere efficace sarebbe necessario un Accordo Collettivo Nazionale innovativo, che tracci gli impegni orari richiesti per la collaborazione con le Case della Comunità e ridefinisca il sistema retributivo. Nel frattempo è stata elaborata dal Ministro della salute e dalle Regioni una bozza di atto di indirizzo sulla medicina di famiglia che è stata presentata ai sindacati di categoria. Tra le indicazioni di rilievo vi è la conferma del rapporto di lavoro convenzionato, con un impegno orario pari 38 ore settimanali, ripartite in 20 ore, da svolgere negli studi e 18 ore in attività sanitarie promosse dal Distretto, di cui almeno 6 nelle Case della Comunità⁸².

Nel D.M. 77/2022 l'integrazione con i servizi sociali è decisamente maggiore rispetto alle prime bozze del testo, sebbene più sul piano descrittivo che prescrittivo. La Casa delle Comunità «rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intersettoriale dei servizi»⁸³, sia sotto il profilo dei percorsi che delle soluzioni, considerando la dimensione personale dei bisogni⁸⁴. L'Allegato 2 al D.M. 77/2022 prescrive dunque che in ciascuna Case delle Comunità debba essere obbligatoriamente presente l'integrazione con i servizi sociali.

Sicuramente un elemento significativo, su questo versante, è l'indicazione tra gli standard dei Punti Unici di Accesso alle rete dei servizi sanitari e sociosanitari, ciò del resto si collega anche all'approvazione del Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023, che rilancia i PUA quali

⁷⁹ I medici di medicina di base sono legati al SSN da un accordo stipulato a livello nazionale che ne regola i rapporti, le funzioni ed i compiti, ma non essendo incardinati come dipendenti delle ULSS/ATS, non possono operare in continuità con i servizi di pronto soccorso e non sono soggetti ad *assessment*.

⁸⁰ <https://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-22-MMG-REGIONI.pdf>

⁸¹ Le opzioni indicate sono: 1. Dipendenza 2. Forma di Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN 3. Forma di Accredimento e Accordi (tipo Privato-Accreditato) 4. Doppio canale: Dipendenza e Accredimento da realizzare con modifica sostanziale di ACN.

⁸² Così in *Quotidianosanita.it*, 30 dicembre 2021. La bozza è reperibile al seguente indirizzo <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4083645.pdf>

⁸³ Allegato 1, p. 26, D.M. 77/2022.

⁸⁴ Così Allegato 1, D.M. 77/2022, p. 26.

LEPS, indicandone le funzioni e i compiti⁸⁵. Nell'Allegato 2, viene inoltre richiamato l'art. 1, comma 163, della legge di Bilancio 2022, il quale prevede che il PUA costituisca punto di accesso ai servizi sociali e sociosanitari per le persone anziane in condizioni di non autosufficienza. Presso il PUA operano equipe integrate composte da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, con il compito di assicurare «la funzionalità dell'unità di valutazione multidimensionale, anche al fine di individuare il carico assistenziale» necessario a consentire alla persona in condizioni di non autosufficienza di poter vivere nel proprio contesto domiciliare e sociale. La funzione cardine delle Case della Comunità è quindi costituita dall'erogazione di servizi dedicati gli anziani non autosufficienti, ulteriori rispetto al piano di zona, che dovranno essere definiti dai Comuni d'intesa con le aziende sanitarie⁸⁶. Occorre tuttavia evidenziare che alcuni servizi a forte interazione sociosanitaria sono opzionali, come quelli rivolti alla salute mentale, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, nonché le attività consultoriali e quelle rivolte ai minori. Infine il D.M. 77/2022 attribuisce alle Case della Comunità un ruolo centrale nel modello organizzativo reticolare su cui poggia la riforma dell'assistenza territoriale, indicando le funzioni di raccordo e coordinamento facenti capo alle stesse. Le Case della Comunità hanno il compito di mettere in rete i diversi professionisti, di operare con gli altri *setting* assistenziali territoriali, quali: assistenza domiciliare, Ospedali di Comunità, *hospice*, rete delle cure palliative, RSA e altre forme di strutture intermedie e servizi. Inoltre sono in rete con l'attività ospedaliera grazie all'implementazione delle piattaforme informatiche⁸⁷. Le Case della Comunità costituiscono una prima e significativa risposta all'ammodernamento degli assetti organizzativi a garanzia del diritto alla salute, con una innegabile vocazione a delineare un modello integrato di assistenza sociosanitaria uniforme su tutto il territorio nazionale. Tuttavia per dare una compiuta risposta ai bisogni che necessitano un approccio

⁸⁵ Secondo il Piano Nazionale degli interventi sociali del 2021-2023 (pp. 37-38), il «PUA costituisce primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/ATS e Distretto ASL, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità». Reperibile all'indirizzo <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

⁸⁶ Allegato 1, D.M. 77/2022, p. 18.

⁸⁷ Più in dettaglio sono indicati quattro meccanismi di coordinamento: rete-intra CdC, per i professionisti; rete-inter CdC, tra le CdC "*hub*" e "*spoke*"; rete territoriale per i rapporti con gli altri *setting* territoriali; rete integrata per i rapporti con l'attività ospedaliera. Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento delle reti sopra descritte è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che costituisce il vettore di raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti (Allegato 1, p. 31).

multiprofessionale e multidimensionale - in grado di andare oltre il supporto alle fragilità generate dalla malattia e dalla non autosufficienza degli anziani - forse sarebbe stato opportuno introdurre ulteriori indicazioni prescrittive, come ad esempio la presenza di professionisti del sociale, oltre alla figura dell'assistente sociale. Il D.M. nell'Allegato 1 è molto ricco di suggerimenti ed indicazioni, ma se poi si guarda a ciò che costituisce standard, gli elementi si riducono a poche prescrizioni essenziali, dalle quali parrebbe emergere che la Casa della Comunità è stata concepita come infrastruttura sanitaria ma non anche come infrastruttura dei servizi sociale.

Deve peraltro darsi atto degli sforzi significativi che la più recente legislazione nazionale sta facendo per porre sullo stesso piano l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale. È infatti noto che, mentre per l'assistenza sanitaria da diverso tempo sono stati indicati i livelli essenziali⁸⁸, non così è stato nell'ambito dei servizi sociali⁸⁹. Il c.d. "decreto rilancio" (d.l. n. 34/2020 – art. 89, comma 2-bis l. 77/2020) ha qualificato i servizi previsti dall'art. 22, comma 4⁹⁰, della l. 328/2000, «servizi pubblici

⁸⁸ I LEA sono stati definiti per la prima volta con D.P.C.M. del 29 novembre 2001 (anteriore alla riforma del Titolo V, della Costituzione) successivamente con D.P.C.M. 2 gennaio 2017. La legge di bilancio 2022 (art. 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021) ha stanziato le risorse per l'aggiornamento dei LEA. Sul tema la bibliografia è notevole, senza intenti esaustivi, si vada C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della salute*, Bologna, 2008; 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, 2011, pp. 11 ss.; E. PESARESI, *La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni e la materia tutela della salute: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur. cost.*, 2006, pp. 1741 ss.; E. SCATOLA, *L'emergenza sanitaria nella Repubblica dei LEA. La tutela multilivello del diritto alla salute*, in G. A. Chiesi, M. Santise (a cura di), *Diritto e Covid-19*, Torino, 2020, pp. 640 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio Aic*, 1/2018, pp. 1 ss.

⁸⁹ La Corte costituzionale, anche di recente, con la sentenza n. 220/2021, ha evidenziato che il ritardo nella definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nell'assistenza sociale rappresenta un ostacolo al pieno superamento dei divari territoriali nel godimento delle prestazioni inerenti i diritti sociali. La Corte, nella citata decisione, censura il perdurante ritardo dello Stato nel definire i LEPS, i quali indicano la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale, nonché «il nucleo invalicabile di garanzie minime» per rendere effettivi tali diritti (*ex multis*, sentenze n. 142 del 2021 e n. 62 del 2020). Si vedano anche le sentenze della Corte nn. 282/2002, 10/2010. Per una ricostruzione generale dei profili di criticità G. COSTA (a cura di), *Diritti in costruzione. Presupposti per una definizione efficace dei livelli essenziali di assistenza sociale*, Milano, 2012; V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008.

⁹⁰ L'art. 22, comma 4, indica: a) il servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari; b) il servizio di pronto

essenziali anche se svolti in regime di concessione, accreditamento o mediante convenzione», disponendo altresì che Regioni e Province autonome debbano definire le modalità affinché detti servizi vengano assicurati in modo continuativo, anche in situazioni di emergenza⁹¹.

La legge di bilancio 2022, nell'art. 1, comma 159, dà una definizione dei LEPS, concependoli come insieme di interventi, servizi, attività e prestazioni integrate «che la Repubblica assicura, (...) con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità», contiene indicazioni prescrittive per alcune prestazioni, ma devolve ad un successivo decreto ministeriale la definizione di ulteriori LEP dalla stessa non contemplati (artt. 160 - 171)⁹². Dunque manca ancora una completa configurazione dei LEPS in termini qualitativi e quantitativi, dalla quale dipende l'effettiva integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale⁹³.

Orbene per una approccio che sia veramente “*One Health*”, appare indispensabile colmare la distanza tra assistenza sanitaria e assistenza

intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari; c) l'assistenza domiciliare; d) le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; e) i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

⁹¹ Purtroppo però viene anche soggiunto che le amministrazioni locali debbono provvedere a garantire i servizi «senza nuovi e maggiori oneri a carico dello Stato», ma con le risorse già a disposizione. Per un'analisi degli interventi in tema di servizi e prestazioni di assistenza sociale F. BIONDI DAL MONTE, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent'anni dall'approvazione della l. 328/2000*, cit., pp. 284 ss.; A. BANCHERO, *Livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, pp. 1 ss.

⁹² In particolare viene fissato il rapporto di un assistente sociale ogni 6.500 abitanti. Si occupa della non autosufficienza, degli asili nido, del trasporto degli studenti portatori di disabilità, della supervisione del personale dei servizi sociali, dei servizi sociali per le dimissioni protette, della prevenzione dell'allontanamento familiare, dei servizi per la residenza fittizia, dei progetti per il “dopo di noi” e per la vita indipendente. Sulla legge di bilancio e i LEP si veda G. NAPOLITANO, *La finanziaria 2022 è più vicina alla definizione dei LEP relativi all'assistenza sociale?*, in *ISSIRFA-CNR*, 2022, p. 1.

⁹³ Secondo P. TORRETTA, *La legge di bilancio 2022 e l'assistenza sociale: qualche LEPS e tante 'buone intenzioni'*, in *Federalismi.it*, 11/2022, pp. 194, «lo Stato non ha dato completo svolgimento all'attribuzione e alla responsabilità, assegnategli dall'art. 117, II c., lett. m) Cost., di fissare quegli standard strutturali e procedurali atti ad assicurare che le prestazioni erogate rispondano all'effettivo soddisfacimento sul territorio dei diritti di cittadinanza». Si veda anche F. PESARESI, *La scomparsa dei LEP per la non autosufficienza dalla legge di bilancio 2022. Quando la cattiva pratica cancella le buone intenzioni*, in *welforum.it*, 4 gennaio 2022, pp. 1 ss.

sociale, realizzando una compiuta convergenza tra i livelli essenziali delle prestazioni⁹⁴, sotto il profilo degli standard e della *governance*.

Per realizzare un servizio sanitario che sia effettivamente parte di un più ampio *welfare comunitario* occorre istituire un sistema capace di garantire non solo cura e prevenzione, ma anche inclusione sociale, giustizia, equità e rispetto della dignità di ogni persona. Non bisognerebbe dimenticare, che ci sono categorie di persone fragili ed emarginate che hanno difficoltà a rivolgersi alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e che spesso ricevono dalle stesse solo una risposta emergenziale⁹⁵, quando il diritto alla salute presupporrebbe invece di agire anche sull'emarginazione e sul contesto di vita.

6. Il ruolo della comunità e del Terzo settore

La presenza della comunità nel D.M. 77/2022 è sicuramente più penetrante rispetto a quanto si poteva ipotizzare dalla lettura del PNRR.

Tuttavia ad una premessa che vede nella Casa della Comunità un nuovo paradigma partecipativo di *governance* della sanità territoriale, non seguono indicazioni precise per quanto attiene agli standard e alle modalità per attuarlo.

La parte descrittiva del regolamento è molto ricca in merito ai profili relazionali con la comunità. La Casa della Comunità viene rappresentata come struttura in cui la comunità degli assistiti «è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa»; come luogo in cui si realizza «la partecipazione delle comunità locali, delle associazioni di cittadini, dei pazienti e dei *caregiver*»; in cui la comunità è chiamata ad interpretare e ricomporre i bisogni provenienti dalle reti sociali, interloquendo ed interfacciandosi con i professionisti e con le istituzioni.

Vengono usate espressioni che enfatizzano il coinvolgimento attivo della comunità, spesso descrivendo in modo ripetitivo gli obiettivi e i compiti delle istituzioni rispetto alla partecipazione della cittadinanza attiva, mancano invece indicazioni operative. Nell'Allegato 2, che contiene gli standard, è semplicemente prescritta la partecipazione della comunità e «la valorizzazione della co-produzione».

⁹⁴ La Corte costituzionale nella sentenza n. 220/2021, già citata, evidenzia come la definizione dei LEP in ambito sociale costituisca ormai un'urgenza anche in vista di un'equa ed efficiente allocazione delle risorse collegate al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), definite con d.l. 59/2021, conv. in l. 101/2021. Per alcune osservazioni significative E. BALBONI, *Coesione sociale e livelli essenziali delle prestazioni: due paradigmi paralleli della tutela multilivello dei diritti sociali*, in ID. (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli, 2008, p. 14.

⁹⁵ Si pensi alle comunità Rom, Sinti e Caminanti, ai migranti, alle persone senza fissa dimora, gruppi particolarmente esposti al rischio di problemi di salute.

In questo panorama stupisce che non vi sia alcun riferimento esplicito al Terzo settore e ai diversi istituti di collaborazione con gli enti pubblici disciplinati nel Titolo VII del d.lgs. 117/2017, che ben avrebbero potuto rappresentare il modello procedimentale di partecipazione attiva della comunità⁹⁶. Non viene richiamato l'art. 55, dedicato alla co-programmazione e co-progettazione⁹⁷, sebbene nella descrizione generale, tra gli elementi in grado di migliorare i servizi territoriali, sia indicata la co-progettazione con gli utenti e il coinvolgimento dei diversi attori locali, tra cui il Terzo settore⁹⁸. La co-programmazione, ai sensi del comma 2 dell'art. 55, è finalizzata ad individuare i bisogni da soddisfare ed in base a questi, gli interventi necessari, le modalità per realizzarli e le risorse disponibili⁹⁹. La co-progettazione, disciplinata dal comma 3, si pone come uno strumento operativo della co-programmazione. È infatti destinata a definire ed eventualmente a realizzare, specifici progetti di servizio o di intervento per soddisfare i bisogni definiti alla luce dell'atto di programmazione di cui al comma 2. In fine l'art. 55, comma 4, prevede che nella co-progettazione l'individuazione degli enti del Terzo settore possa avvenire attraverso l'accreditamento¹⁰⁰.

⁹⁶ In questo senso si veda L. GORI, *Inquadramento generale*, in L. Gori, F. Monceri (a cura di), *Collaborare, non competere. Co-programmazione, co-progettazione, convenzioni nel Codice del Terzo settore*, I Quaderni di Cesvot, Firenze, 2020, p. 16, secondo il quale «l'art. 55 Cts – ma anche gli artt. 56 e 57 – si atteggiavano quali norme che definiscono le “regole essenziali” che presiedono alla correlazione fra enti del Terzo settore e autorità pubbliche». Per una ricostruzione generale dei principi e degli istituti contenuti nel Codice del Terzo settore v. L. GORI, *Il sistema delle fonti del diritto nel terzo settore*, in *Osservatorio sulle fonti*, 1/2018, pp. 1 ss.; P. CONSORTI, L. GORI, E. ROSSI, *Diritto del terzo settore*, Bologna, 2021; A. FICI, *Un diritto per il Terzo settore. Studi sulla riforma*, Napoli, 2020.

⁹⁷ La co-produzione indicata negli standard appare diversa dalla co-progettazione, evoca infatti la co-gestione di un servizio o di una prestazione secondo le logiche dell'esternalizzazione, quando invece ai sensi dell'art. 55 del d.lgs. 117/2017 gli enti del Terzo settore sono coinvolti direttamente nell'esercizio della funzione amministrativa, nella definizione ed eventualmente nella realizzazione di specifici progetti di servizio o di intervento finalizzati a soddisfare programmi condivisi.

⁹⁸ Punto 2 dell'Allegato 1 al D.M. 77/2022, p. 14.

⁹⁹ Come evidenziato da L. GILI, *Il codice del Terzo settore e i rapporti con la P.A.*, in *Urb. e app.*, 1/2018, p. 3, la co-programmazione rimanda «al tema della partecipazione ai procedimenti di formazione delle c.d. misure generali limitata dall'art. 13 della L. 7 agosto 1990, n. 241, ponendosi a un livello relativamente “lontano” dalla diretta prestazione dei servizi (comunque la si qualifichi non profit o esclusivamente for profit) e dunque dagli ambiti di concreta operatività del Terzo settore o del Mercato, nonché dalle forme di possibile sconfinamento e di loro ibridazione».

¹⁰⁰ Con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 72 del 31.3.2021, sono state adottate le Linee guida sull'applicazione degli artt. 55-57 del d.lgs. 117/2017. Si veda inoltre, senza intenti esaustivi, v. S. PELLIZZARI, A. MAGLIARI (a cura di), *Pubblica amministrazione e Terzo settore*, Napoli, 2019; S. PELLIZZARI, *La co-progettazione come forma di collaborazione tra p.a. e enti del Terzo settore*, in *Munus*, 2/2019, pp. 545 ss.; F. SCALVINI, *Co-programmazione, co-progettazione e accreditamento: profili e questioni applicative*, in A. Fici (a cura di), *La riforma del Terzo settore e*

Il regolamento non fa riferimento alle convenzioni che gli enti pubblici, ai sensi dell'art. 56 del d.lgs. 117/2017, possono stipulare con le organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale per lo svolgimento «di attività o servizi sociali di interesse generale»¹⁰¹, malgrado questa forma di cooperazione sia in grado di realizzare un efficace raccordo tra servizi sanitari e servizi sociali e di valorizzare il ruolo del volontariato nell'assistenza sanitaria territoriale.

Appare singolare che il Terzo settore non compaia nella Missione 6 del PNRR, ma trovi invece una collocazione precisa nella Missione 5, dedicata all'inclusione sociale e alla coesione territoriale¹⁰², ove si legge che «L'azione pubblica potrà avvalersi del contributo del Terzo settore» ed è evidenziato che «La pianificazione in co-progettazione di servizi sfruttando sinergie tra impresa sociale, volontariato e amministrazione, consente di operare una lettura più penetrante dei disagi e dei bisogni al fine di venire incontro alle nuove marginalità e fornire servizi più innovativi, in un reciproco scambio di competenze ed esperienze che arricchiranno sia la PA sia il Terzo settore»¹⁰³. La Missione 5 si collega e si integra con la Missione 6, per quanto attiene disabilità e agli anziani non autosufficienti, tuttavia occorre porre in luce come vi sia una mancanza di consapevolezza e cultura di quelle che sono le potenzialità e le prerogative del Terzo settore¹⁰⁴. Sembra quasi che l'attività di interesse generale sia riconducibile ai soli interventi di inclusione sociale¹⁰⁵, tanto è che il Terzo

dell'impresa sociale. Una introduzione, Napoli, 2018, pp. 263 ss.; F. SANCHINI, *La nuova disciplina dei rapporti fra pubblica amministrazione e Terzo settore*, in F. Donati, F. Sanchini (a cura di), *Il Codice del Terzo settore. Commento al d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 e ai decreti attuativi*, Milano, 2019, pp. 249 ss.; L. GORI, *La "saga" della sussidiarietà orizzontale. La tortuosa vicenda dei rapporti fra Terzo settore e P.A.*, in *Federalismi.it*, 14/2020, pp. 179 ss.; E. FREDIANI, *La co-progettazione dei servizi sociali. Un itinerario di diritto amministrativo*, Torino, 2021.

¹⁰¹ Per un approfondimento degli aspetti interpretativi della disposizione v. A. ALBANESE, *Le convenzioni fra enti pubblici, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, nel Codice del Terzo settore. Il confronto col diritto europeo*, in *Non profit*, 3/2017, pp. 173. Infine occorre ricordare che il Titolo VII, del d.lgs. 117/2017, si chiude con l'art. 57, che detta una disciplina di favore nei confronti delle organizzazioni di volontariato per la gestione del trasporto sanitario di emergenza ed urgenza.

¹⁰² La Componente 2 della Missione 5 è intitolata: "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore".

¹⁰³ PNRR, p. 199.

¹⁰⁴ Sulla necessità di procedere ad un diverso approccio culturale per ricostruire l'organizzazione sanitaria si veda R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2/2020, pp. 339 ss., il quale ritiene che vi sia «un intreccio ineludibile tra le premesse culturali e l'operatività quotidiana» (p. 339).

¹⁰⁵ Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, p. 63, evidenzia che «Al fine di assicurare la continuità assistenziale postospedaliera sono state sviluppate diverse esperienze, spesso confluite in protocolli di collaborazione tra Servizi sanitari ospedalieri e territoriali, Servizi sociali ed Enti del Terzo settore.

settore viene altresì menzionato per combattere la “povertà educativa”, ma nel solo mezzogiorno¹⁰⁶, mentre la co-progettazione viene considerata come strumento da utilizzare per «recuperare spazi urbani e aree già esistenti allo scopo di migliorare la qualità della vita promuovendo processi di partecipazione sociale e imprenditoriale»¹⁰⁷. Nondimeno deve condividersi la posizione di chi ha sostenuto che l’ampio raggio di attività di interesse generale che può svolgere il Terzo settore¹⁰⁸, consente in realtà allo stesso di potersi inserire in tutte le missioni del PNRR, conseguentemente il mancato richiamo al Terzo settore nella Missione 6 lascia impregiudicata la possibilità di utilizzare ampiamente gli strumenti contemplati dal Titolo VII del d.lgs. 117/2017¹⁰⁹.

Però rimane la sensazione, considerando anche quanto indicato nel D.M. 77/2022, che il Terzo settore venga «sì evocato come possibile partner nella progettazione di servizi, ma ex post, dopo che è stato fortemente delimitato il campo in cui si vuole intervenire, ed anche solo relativamente ai contesti e ai soggetti caratterizzati da marginalità. Come se questa fosse un inevitabile esito di fallimenti individuali, non anche di meccanismi sociali, e persino di politiche pubbliche che, quando non la ignorano, danno per scontata l’esclusione sociale come “danno collaterale” da rimediare ex post»¹¹⁰.

Eppure, proprio nel corso della pandemia Covid-19, il Terzo settore ed in particolare il volontariato, è stato capace di supportare l’azione pubblica, supplendo alle mancanze del Sistema Sanitario Nazionale¹¹¹.

Gli enti del Terzo settore possono contribuire a rispondere ad un ampio insieme di bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, la cui mancata

In alcune di tali esperienze emerge un significativo coinvolgimento della componente di tipo solidaristico e di volontariato, seppure con contributi e sostegni comunali, mentre appare più residuale il coinvolgimento dei servizi sanitari nel loro complesso».

¹⁰⁶ Investimento 3: “Interventi socio-educativi strutturati per combattere la povertà educativa nel Mezzogiorno a sostegno del Terzo Settore”; M5C3: “Interventi speciali per la coesione territoriale”, p. 218 PNRR.

¹⁰⁷ Si tratta della partecipazione all’Investimento 2.2: Piani Urbani Integrati, M5C2.2 Rigenerazione urbana e *housing sociale*, p. 213 PNRR.

¹⁰⁸ Si veda sia l’art. 5 del d.lgs. 117/2017, sia l’art. 2 del d.lgs. 112/2017 dedicato all’impresa sociale, nonché l’art. 1 della legge 381/1991 sulle cooperative sociali.

¹⁰⁹ In proposito P. VENTURI, *Il Terzo pilastro “al centro”: proposte per un ruolo contributivo del Terzo settore*, in *Aicon.it.*, 23.02.2021, il quale osserva altresì che al Terzo settore dovrebbe essere riconosciuto un ruolo trainante e complementare e non semplicemente integrativo del settore pubblico, nella realizzazione delle «“missioni” che, per loro natura, postulano interdipendenza, intersettorialità e la ricombinazione di risorse».

¹¹⁰ Così C. SARACENO, *Pnrr, il Terzo settore non è un rammendatore sociale*, Editoriale, in *Vita.it*, 15 dicembre 2021.

¹¹¹ Per un’analisi efficace del ruolo del Terzo settore nel corso della pandemia e soprattutto nell’emergenza iniziale, si veda F. SCALVINI, *Costruire il futuro del Terzo settore in tempo di Covid-19*, in *Riv. impr. soc.*, 1/2021, pp. 3 ss.

soddisfazione è all'origine di numerose criticità dell'organizzazione sanitaria, fino ad ora a carattere prevalentemente "ospedale-centrico".

La posizione del Terzo settore, peraltro, nel contesto della nuova sanità territoriale, può e deve essere diversa rispetto al passato¹¹², forse proprio prendendo le mosse dai compiti assegnati alle Case della Comunità e dall'enunciato intento di voler realizzare una "Sanità di Iniziativa"¹¹³. È stato in proposito osservato come il Terzo settore, da un lato abbia sopperito alla carenza di offerta pubblica in alcuni ambiti sociosanitari, dall'altro lato si sia piegato alle logiche del mercato, gestendo prestazioni per conto della sanità pubblica, conseguite attraverso convenzioni o gare d'appalto¹¹⁴. Il Terzo settore è «stato in molti casi utilizzato – e si è prestato – esclusivamente per "aziendalizzare l'offerta sanitaria", diventando così a tutti gli effetti un "player del mercato sanitario", che ha permesso alle pubbliche amministrazioni di contenere i costi in maniera significativa grazie alla fornitura di forza lavoro, in particolare personale infermieristico, a basso costo»¹¹⁵.

Il Codice del Terzo settore si discosta dalla logica del mercato e della competizione, pocanzi descritta, che invece appartiene alla disciplina del Codice dei contratti pubblici¹¹⁶. Come ha avuto modo di sottolineare la Corte costituzionale, nella sentenza 131/2020¹¹⁷, la *partnership* tra

¹¹² Sugli strumenti giuridici di raccordo tra Terzo settore e servizi sociosanitari prima del d.lgs. 117/2017 v. C. BOTTARI (a cura di), *Terzo settore e servizi socio-sanitari: tra gare pubbliche e accreditamento*, Torino, 2013. Per una disamina invece che prende in considerazione la riforma del Terzo settore e dell'impresa sociale v. A. SANTUARI, *I servizi socio-sanitari: regolazione, principio di concorrenza e ruolo delle imprese sociali*, Torino, 2019.

¹¹³ Si veda D.M. 77/2022, Allegato 1, p. 21.

¹¹⁴ In proposito G.P. BARBETTA, *Il settore non profit in italiano: solidarietà, democrazia e crescita economica negli ultimi vent'anni*, in S. ZAMAGNI (a cura di), *Il libro bianco sul Terzo settore*, Bologna, 2011, p. 242, il quale osserva come il ruolo tipico del Terzo settore sia quello di contribuire a dare risposte ai problemi sociali e di sollecitare l'intervento pubblico «nei casi in cui la soluzione dei problemi stessi sia fuori dalla sua portata» e come in molte circostanze la logica dei rapporti con l'amministrazione pubblica sia stata diversa: «molte Organizzazioni non Profit abbandonando il proprio ruolo prevalente di *advocacy*» hanno assunto la qualifica di «produttori in subappalto di servizi», orientando la propria attività al contenimento dei costi.

¹¹⁵ Così G. GALERA, *Verso un sistema sanitario di comunità. Il contributo del Terzo settore*, in *Impresa sociale*, 2/2020, p. 113, in merito ad alcune interviste dalla stessa svolte.

¹¹⁶ Sull'annosa vicenda che in origine ha ricondotto anche i rapporti collaborativi previsti dal Titolo VII del d.lgs. 117/2017 alla disciplina del Codice dei contratti pubblici, si veda, oltre al parere del Consiglio di Stato - Commissione speciale - 20 agosto 2018, n. 2052, a cui afferisce l'indicato orientamento, A. ALBANESE, *I servizi sociali nel Codice del Terzo settore e nel Codice dei contratti pubblici: dal conflitto alla complementarità*, in *Munus*, 1/2019, pp. 139 ss.

¹¹⁷ Sulla decisione della Corte cost. v. M. GALDI, *Riflessioni in tema di terzo settore e interesse generale. Osservazioni a C. cost. 26 giugno 2020, n. 131*, in *Federalismi.it*,

pubblica amministrazione e Terzo settore, delineata dall'art. 55 del d.lgs 117/2017, non è riconducibile ad un rapporto sinallagmatico: prestazione a fronte di un corrispettivo, ma ad una «una vera e propria procedimentalizzazione dell'azione sussidiaria».

L'art. 55 disciplina nella co-programmazione e co-progettazione rapporti collaborativi tra pubblica amministrazione e Terzo settore, in cui si mettono in comune risorse materiali, ma anche e soprattutto immateriali (conoscenze, valori, progetti relazionali), si pone dunque in una dimensione del tutto differente rispetto alla mera esternalizzazione dei servizi¹¹⁸. Ed infatti il Terzo settore appartiene a quell'«ambito di organizzazione delle “libertà sociali” non riconducibile né allo Stato, né al mercato» ma che si concretizza in «forme di solidarietà espressione di relazioni reciproche», che hanno collocazione «tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico, riconosciuti, insieme ai diritti inviolabili dell'uomo, come base della convivenza sociale normativamente prefigurata dalla Costituzione»¹¹⁹.

La dimensione valoriale che assume il Terzo settore e il Titolo VII del d.lgs. 117/2017, purtroppo è a tutt'oggi ancora inespressa, non tanto e non solo a causa del fatto che il Codice del Terzo settore non abbia ancora

32/2020, pp. 88 ss; E. ROSSI, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in *Forum quad. cost.*, 3/2020, pp. 49 ss.. Tra i contributi più significativi sugli strumenti di cooperazione tra enti pubblici e Terzo settore alla luce della sentenza n. 131/2020 A. FICI, L. GALLO, F. GIGLIONI (a cura di), *I rapporti tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore. Dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 131 del 2020*, Napoli, 2020; F. GIGLIONI, *L'Amministrazione condivisa è parte integrante della Costituzione italiana*, in *Labsus.org*, 6.7.2020; F. SANCHINI, *Profili costituzionali del Terzo settore*, Milano, 2021; L. GORI, *Terzo settore e Costituzione*, Torino, 2022.

¹¹⁸ Secondo la Corte costituzionale - sentenza n. 131/2020 - il modello configurato dall'art. 55 «non si basa sulla corresponsione di prezzi e corrispettivi dalla parte pubblica a quella privata, ma sulla convergenza di obiettivi e sull'aggregazione di risorse pubbliche e private, per la programmazione e la progettazione, in comune, di servizi ed interventi diretti a elevare i livelli di cittadinanza attiva, di coesione e protezione sociale, secondo una sfera relazionale che si colloca al di là del mero scambio utilitaristico». Si veda altresì il parere n. 802, della Sezione Consultiva per gli atti normativi del Consiglio di Stato, espresso in merito alla bozza delle Linee guida ANAC in materia di affidamento dei servizi sociali, del 3 maggio 2022, nel quale il Consiglio di Stato ha espresso più di una perplessità in ordine all'opportunità che ANAC desse indicazioni in tema di affidamento dei servizi sociali, per due ordini di ragioni: in quanto è in fase di elaborazione il nuovo Codice dei contratti pubblici ed in quanto «in sede di interpretazione giurisprudenziale emerge chiaramente una linea evolutiva della disciplina degli affidamenti dei servizi sociali che, rispetto a una fase iniziale di forte attrazione nel sistema della concorrenza e del mercato, sembra ormai chiaramente orientata nella direzione del riconoscimento di ampi spazi di sottrazione a quell'ambito di disciplina».

¹¹⁹ Così Corte cost., nella sentenza citata n. 131/2020.

avuto piena attuazione, a distanza di diversi anni dalla sua adozione¹²⁰, ma anche, forse, per un'idea anacronistica del principio di sussidiarietà orizzontale¹²¹.

Le iniziative della cittadinanza attiva vengono tuttora viste come suppletive o integrative dell'offerta pubblica, quando invece il Codice del Terzo settore muove dal presupposto che gli enti pubblici debbano coinvolgere singoli ed associazioni nell'esercizio dell'attività di interesse generale per condividere la lettura dei bisogni, gli obiettivi e le responsabilità, elementi questi che in vero costituiscono l'essenza di un *welfare* comunitario.

7. Osservazioni conclusive

La pandemia ha messo in evidenza i limiti di un'assistenza sanitaria costruita sul ruolo centrale delle strutture ospedaliere¹²² e la risposta contenuta nel PNRR è stata di portare la sanità al livello della comunità in cui deve operare, un progetto in realtà a lungo rimasto in sospeso, se solo si considera la riforma Balduzzi sull'assistenza territoriale, operata con legge n. 189/2012, mai di fatto attuata.

L'obiettivo di costruire un'assistenza sanitaria di prossimità perseguito nella pregressa legislazione, ancorché in via sperimentale, non ha trovato sufficiente riscontro da parte delle Regioni. Basti, a tal proposito, scorrere la mappatura delle Case della salute effettuata dalla Camera dei deputati nel marzo 2021¹²³, per rendersi conto di come sia stata data scarsa attenzione ad uno strumento che avrebbe potuto rispondere alle domande di salute e assistenza provenienti dal territorio, tra l'altro simile alla Casa della Comunità.

¹²⁰ Lo stesso PNRR, p. 210, esprime la necessità di accelerare il completamento della riforma adottando i decreti attuativi che ancora mancano. Si veda AA.VV., *Riforma in movimento. 1° rapporto sullo stato e le prospettive della legislazione sul Terzo settore in Italia*, in Terzjus report, 2021, Napoli.

¹²¹ Per un'efficace ricostruzione anche alla luce del concetto di *welfare* comunitario si veda V. TONDI DELLA MURA, *Della sussidiarietà orizzontale (occasionalmente) ritrovata: dalle linee guida dell'ANAC al Codice del Terzo settore*, in *Rivista AIC*, 1/2018, pp. 1 ss; nonché, senza intenti esaustivi, G. ARENA, *Il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118, u.c. della Costituzione*, in *Studi in onore di Giorgio Berti*, Napoli, 2005, I, pp. 179 ss.; ID., *Cittadini attivi. Un altro modo di pensare l'Italia*, Roma-Bari, 2006, spec. 59 ss.; A. D'ATENA, *Costituzione e principio di sussidiarietà*, in *Quad. cost.*, 2001, pp. 29 ss; F. PIZZOLATO, *La sussidiarietà nell'eclisse del bene comune: la mediazione costituzionale*, in F. Pizzolato, P. Costa (a cura di), *Il lato oscuro della sussidiarietà*, Milano, 2013, pp. 102 ss..

¹²² Si v. A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2/2020, pp. 385 ss.

¹²³ Si veda Camera dei Deputati, XVIII Legislatura, Documentazione e ricerche Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale, già citato nella nota n. 20.

Solo per fare qualche esempio la Regione Lombardia, considerata tra le Regioni che offrono un'assistenza sanitaria di eccellenza nel panorama nazionale, nel 2020 non aveva Case della salute attive¹²⁴, così come Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Campania e Puglia. Di contro la Regione Emilia Romagna è quella che ha una diffusa presenza delle Case della salute: al 2022 ne risultano 125. L'Emilia Romagna ha costruito le Case della salute, non come strutture in cui allocare i servizi di base e le cure primarie, ma come poli funzionali, ancorchè fisici, in cui si integrano le diverse aree di intervento in modo che la presa in carico della persona avvenga coinvolgendo professionisti e servizi di diversa natura. La delibera della Giunta Regionale n. 291/2010, a cui ha fatto seguito la delibera n. 2128/2016, definiscono la Casa della salute come una struttura «facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale»¹²⁵. Un centro il cui valore aggiunto è costituito dall'integrazione e dal coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, improntato alla concretizzazione della medicina d'iniziativa, attraverso la partecipazione della comunità¹²⁶. Un segno distintivo dell'approccio regionale è costituito dalla co-progettazione a livello regionale e locale anche con l'asse sociale, educativo e amministrativo e dall'analisi del contesto e dei bisogni con le comunità, al fine di attuare la programmazione¹²⁷. Nel 2020, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha redatto un Dossier (n. 269/2020) recante la "Valutazione di impatto delle Case della salute su indicatori di cura, 2009-2019"¹²⁸. È interessante riportare i dati più significativi della valutazione: è stato riscontrato «un effetto significativo e costante delle

¹²⁴ Denuncia le criticità del modello organizzativo lombardo E. CARLONI, *La crisi coronavirus come problema di geografia amministrativa*, in *lacostituzione.info*, 12 maggio 2020, il quale parla di destrutturazione della rete territoriale di assistenza in un assetto fortemente "ospedalocentrico".

¹²⁵ Così nella delibera della Giunta Regionale n. 2128/20163, p. 4.

¹²⁶ Svolge un raffronto tra Regione Lombardia e Regione Emilia Romagna L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista Aic*, 3/2020, pp. 191 ss, affermando che i due sistemi regionali svelano «un'impostazione culturale (se non ideologica) radicalmente diversa rispetto al rapporto fra comparto erogatore dei servizi e cittadini fruitori e, dunque, se si vuole, rispetto alle dinamiche proprie della sussidiarietà orizzontale nei servizi sanitari».

¹²⁷ Nella delibera 2016, p. 5, gli obiettivi sono indicati in: «supportare l'attivazione e l'implementazione di programmi e percorsi di prevenzione e promozione della salute e di assistenza, basati sul paradigma della medicina d'iniziativa, per favorire l'integrazione dei professionisti (convenzionati e dipendenti del SSR, dell'ambito sanitario e sociale)», nonché «promuovere, anche con l'utilizzo di strumenti innovativi, la piena partecipazione della comunità (pazienti / caregiver / associazioni di pazienti e di volontariato / fino ai singoli cittadini) all'interno delle Case della salute».

¹²⁸ <https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/dossier/doss269>

Case della salute sull'accesso al Pronto soccorso e un effetto altrettanto significativo - ma meno rilevante e diffuso - sull'ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale e sugli episodi di cura trattati in assistenza domiciliare». Per quanto riguarda l'utilizzo del Pronto Soccorso e i ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, è stato rilevato «un effetto più consistente nei pazienti assistiti da Medici di Medicina Generale che svolgono la loro attività parzialmente o completamente all'interno della Casa della salute».

Infine la valutazione ha evidenziato come elemento di criticità «un'ampia variabilità negli effetti tra territori e Case della salute» dovuta «ai diversi modelli organizzativi aziendali». Ed in vero il sostanziale disinteresse delle Regioni nei confronti della sperimentazione delle Case della salute, è stato causato anche e forse soprattutto, dalla mancanza di indicazioni condivise a livello nazionale, che attraverso il PNRR e il D.M. 77/2022 si tenta ora di realizzare.

La revisione del Titolo V della Costituzione, la necessità di contenere la spesa pubblica, la cultura del mercato e dell'aziendalizzazione¹²⁹ hanno portato sempre più ad una diversificazione regionale nell'organizzazione della sanità, che ha determinato, non un incremento di efficienza ed efficacia dei servizi offerti, come ci si attendeva, quanto piuttosto forti disuguaglianze¹³⁰. A ciò si aggiunge la difficoltà di conciliare il riparto di competenze legislative Stato-Regione nell'ambito della tutela della salute e dell'assistenza sociale: l'una concorrente, l'altra esclusivamente regionale, laddove la salute, come indicato dall'OMS, si riferisce al benessere complessivo dell'individuo, non legato alle sole patologie o cronicità.

Il Codice del Terzo settore offre, su questo versante, delle soluzioni in grado di garantire la necessaria flessibilità – in modo da preservare un

¹²⁹ In questo senso si veda l'efficace sintesi di A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, Num. Spec. 2020, pp. 17 ss., la quale tra l'altro osserva come «elementi chiave di carattere prettamente organizzativo, come il rapporto con il privato, la relazione fra assistenza domiciliare e ricovero, il ruolo del territorio, la funzione della medicina di base, l'integrazione con il sociale e così via, sono stati relegati in posizione marginale, lasciando che su di essi ciascuna Regione facesse scelte anche profondamente diversificate e guidate, in certi casi, ancora una volta da logiche prevalentemente economico-produttive» (p. 23). Si veda anche R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 3/2008, pp. 1064 ss; G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, cit., pp. 175 ss.

¹³⁰ In maniera accorta A. PIOGGIA, nello scritto citato alla nota precedente, afferma: «L'epidemia è stata rivelatrice anche in questo senso: ci ha mostrato che la mortalità non è solo questione di efficienza produttiva, ma anche "di sistema" e che le disuguaglianze discendono non solo dalla diversa capacità di erogazione, ma anche dalla diversa organizzazione».

coerente livello di differenziazione in base alle caratteristiche del territorio e ai bisogni della comunità – insieme ad un adeguato raccordo tra enti pubblici, operatori privati *profit* e *no profit* (tra i quali in particolare gli enti del Terzo settore) e singoli cittadini, dal quale potrebbero conseguire notevoli risparmi di spesa. Per realizzare tutto ciò occorre tuttavia cogliere le opportunità che le previsioni codicistiche mettono a disposizione.

Abstract: The PNRR places the Community Homes in the context of a new institutional and organizational structure of the NHS, aimed at building a broader 'community welfare system'. The work, starting from the indications contained in the PNRR, examines the legislative interventions that in the past have tried to create nearby health facilities, to dwell on the complex process of approving the D.M. 77/2022, which defines the models and standards of territorial health care. The reconstructive process aims to verify whether the Community Homes respond to the need to enhance the role of the community to promote the well-being of the individual according to the definition of health developed by the World Health Organization.

Key words: Welfare community, PNRR, right to health, healthcare service, social and health integration, social services, Third sector.