

## Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute

di

Filippo Pizzolato\*

**Sommario:** 1. Salute e città dilatate. 2. Salute ed autonomie territoriali, il contesto costituzionale e l'attuazione. 3. Le Case della Comunità, un nuovo rilancio? 4. Prospettive e problematiche attuative.

### 1. Salute e città dilatate

L'ampliamento della nozione di salute è ricondotto comunemente alla ormai risalente definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per la quale la salute è «uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale», e non semplicemente «assenza di malattie o infermità»<sup>1</sup>. Su queste basi, la salute è concettualmente distinguibile dalla sanità, che è un sistema organizzato attorno alla prevenzione, cura e riabilitazione degli stati morbosi. La sanità insomma riguarda una parte della tutela della salute, quella interessata da trattamenti di tipo medico.

È evidente come l'allargamento insito nel concetto di salute vada a toccare un'idea di ben-vivere che incrocia la politicità nel suo complesso – e non un settore – e perfino la qualità delle relazioni sociali. All'interno di questa accezione, la qualità della vita e, in particolare, della vita urbana diventa una questione rilevante anche

---

\* Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico, Università degli Studi di Padova.

<sup>1</sup> Analoghi, e ancora più accentuati, elementi in tal senso nella *Ottawa Charter for Health Promotion* del 1986.

dal punto di vista della salute<sup>2</sup>. È stato recentemente usato, al riguardo, un termine piuttosto eloquente, quello di «precursori della salute» o, in modo ancora più deciso, di «determinanti sociali»<sup>3</sup>: «ricerche, riflessioni e indirizzi a livello internazionale vanno infatti tutti nella stessa direzione, mostrando la rilevanza, per una crescita di salute, che questa sia inserita in *tutte le politiche* (OMS, 2013). La salute di un individuo si collega e sviluppa soprattutto grazie a contesti che possono essere *salutogenici* o, al contrario, *patogenici*. (...) Non si tratta solo di eliminare (opera comunque importante e rilevante) fattori negativi come inquinamento, barriere ad una mobilità sostenibile, ma di ricercare anche fattori che possano influire positivamente su quei “precursori di salute” la cui rilevanza è forse meno evidente, ma, alla prova dei numeri sembra essere fondamentale»<sup>4</sup>.

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha in effetti, coerentemente con queste premesse, provato ad ingaggiare le città nella promozione di stili di vita salutari e sostenibili. Essa ha promosso la costituzione e poi governato il funzionamento della rete delle cosiddette Città sane. *Healthy Cities* è il nome del network mondiale attivato su iniziativa progettuale dell'OMS, nel contesto del programma *Health for All in the 21st Century* (1998). L'obiettivo dell'iniziativa è quello di supportare la promozione della concezione e della consapevolezza della salute pubblica, sviluppando e premiando politiche locali e programmi sanitari che consentano di prevenire e limitare le minacce ed i rischi per la salute medesima. Nel contesto di questa rete, l'organizzazione internazionale può entrare in rapporto

---

<sup>2</sup> G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Maggioli, Sant'Arcangelo di R.na 2019, pp. 118-119, richiama la rilevanza per gli obiettivi di salute così intesi delle politiche in materia di urbanistica, ambiente, trasporti, educazione sanitaria e, quale esempio di potestà regolamentare degli enti locali rilevante, i regolamenti di igiene comunale; sul tema, v. anche il Rapporto IFEL, ANCI, Federsanità, *Sanità e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani*, 2021, consultabile nel sito [www.fondazioneifel.it](http://www.fondazioneifel.it), p. 20.

<sup>3</sup> La definizione viene, ancora una volta, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si v. il rapporto, significativo fin dal titolo, del WORLD ECONOMIC FORUM, *Time to Act: Investing in Addressing Social Determinants to Improve Health*, October 2021. In dottrina: v. L. BUSATTA, *Partecipazione, inclusione e interoperability: l'ottimizzazione dei servizi alla persona nella smart city sostenibile*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, Mimesis, Milano-Udine 2021, p. 592 ss..

<sup>4</sup> S. CAMPOSTRINI, *Un mondo in rapido cambiamento: alcuni elementi di scenario con cui i comuni italiani devono confrontarsi. I numeri del cambiamento*, in M. DEGNI (a cura di), *Rapporto Ca' Foscari sui comuni 2021 La risposta dei comuni alla crisi pandemica*, Castelvecchi, Roma 2021, p. 262.

con le amministrazioni locali, cercando di orientare, attraverso uno stile partecipativo che coinvolge enti locali e cittadini, quelle scelte amministrative che influiscono sulla qualità e sostenibilità della vita e, per questa via mediata, sulla salute delle persone.

La salute è in questo modo sempre più un intreccio (almeno) socio-sanitario<sup>5</sup>. A questa consapevolezza teorica, ormai acquisita, non seguono però, a livello nazionale, complessive soluzioni organizzative coerenti.

Parallelamente, si allarga anche la considerazione della città, non ridotta alla dimensione istituzionale del Comune, ma vista piuttosto come spazio socio-economico e politico unitario<sup>6</sup>. Di riflesso, la cittadinanza stessa non è appartenenza conclusa e identitaria, ma abbraccia posizioni soggettive diverse, i cui interessi talora semplicemente incrociano o attraversano la città stessa. Il *diritto della città* è un ambito, ormai sviluppato, di riflessione giuridica che è irriducibile al più tradizionale diritto degli enti locali<sup>7</sup>. A favorire questa estensione, oltre alla crescita impetuosa della realtà urbana, è la crisi della statualità, la cui affermazione storicamente era avvenuta a discapito delle autonomie comunali e la cui capacità di governare i processi urbani appare ridotta.

Non si deve però pensare che una tale prospettiva evolutiva, anche di analisi e studio, porti automaticamente a riconoscere un protagonismo alle città sulla scena politica e su quella, qui affrontata, sanitaria. Anzi, l'esito potrebbe essere perfino l'opposto. La città rischia infatti di essere scenario in cui avvengono le trasformazioni, anziché la soggettività autoriflessiva che le progetta. Il *diritto della città* non equivale a un diritto *alla* città che pure vi è ricompreso.

---

<sup>5</sup> 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, p. 362.

<sup>6</sup> A seguire la definizione proposta da E. ARBAN, *Constitutional Law, Federalism and the City as a Unique Socio-economic and Political Space*, in *European Yearbook of Constitutional Law 2020. The City in Constitutional Law*, Springer, Berlin 2021, pp. 326-332.

<sup>7</sup> F. GIGLIONI, *Verso un diritto delle città. Le città oltre il comune*, in E. CARLONI-F. CORTESE, *Diritto delle autonomie territoriali*, Wolters Kluwer, Milano 2020, p. 267 ss.; F. CORTESE, *Il nuovo diritto delle città: alla ricerca di un legittimo spazio operativo*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Smart city. L'evoluzione di un'idea*, Mimesis, Milano-Udine 2020, p. 82. Seminale il contributo di J.B. AUBY, *Droit de la ville. Du fonctionnement juridique des villes au droit à la Ville*, LexisNexis, Paris 2016.

Possiamo dire che la *smart city* sia il concetto dilatato di città che della città fisica non ha più molto. Esso investe anche la salute, con il ruolo trainante delle tecnologie<sup>8</sup>. L'*e-Health*, secondo una narrazione un po' trionfalistica, muta anche il concetto di paziente, che «non può più considerarsi un paziente che segue passivamente le indicazioni del medico, ma è sempre più un paziente informato sul proprio stato di salute, sul proprio stile di vita, sulle proprie abitudini alimentari, etc. È un paziente che spesso utilizza dispositivi “wearable” per monitorare alcuni dei suoi parametri vitali, che poi registra e conserva (attraverso applicazioni per smartphone o personal computer)»<sup>9</sup>.

## 2. Salute ed autonomie territoriali, il contesto costituzionale e l'attuazione

Già la Costituzione promuove l'incontro tra cura della salute ed autonomie (territoriali e sociali). Questo legame non è ricostruibile solo a partire dalle vicende del riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, ma, prima ancora, come riflesso del principio personalistico che sovrintende all'intero impianto costituzionale. È infatti a partire dalla visione della *persona*, come essere situato, che si ricava un criterio di natura organizzativa, e cioè la necessità costituzionale che i servizi alla persona, appunto, siano riconosciuti ed “erogati” in un contesto che rispetti il pluralismo delle concezioni e delle condizioni etico-sociali del beneficiario<sup>10</sup>. Il pluralismo è un corollario del personalismo e, in contesto di salute,

---

<sup>8</sup> Si v., ad esempio, M. TOMASI, *Il volto umano della salute digitale nelle città intelligenti*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Le smart cities al tempo della resilienza*, cit., p. 519 ss..

<sup>9</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, Paper della Fondazione 2/2021, Fondazione Italia in Salute, p. 10. Più in generale, questo approccio ottimistico è ben interpretato da C. RATTI CON M. CLAUDEL, *La città di domani. Come le reti stanno cambiando il futuro urbano*, Einaudi, Torino 2017. Un inquadramento giuridico rigoroso dell'e-Health, presentato nella varietà delle fonti, in M. CAMPAGNA, *Linee guida per la Telemedicina: considerazioni alla luce dell'emergenza Covid-19, in Corti supreme e salute*, 3/2020, p. 602 ss..

<sup>10</sup> A. MATTIONI, *Iniziativa pubblica e iniziativa privata nell'attuazione del servizio sanitario nazionale*, 1977, ora in ID., *Società e istituzioni. Una raccolta di scritti*, Jovene, Napoli 2005, p. 75. Un'equilibrata considerazione del rapporto tra tutela delle autonomie ed esigenze di uniformità repubblicana in V. SATTA, *Profili evolutivi dello Stato sociale e processo autonomistico nell'ordinamento italiano*, Jovene, Napoli 2012, p. 91 ss..

esige che la cura introietti – per quanto è possibile - il contesto relazionale entro cui la persona medesima svolge la sua personalità.

Questo pluralismo è sia sociale, sia istituzionale e anzi questo secondo profilo è una dimensione servente al primo, così come la sussidiarietà verticale supporta quella orizzontale.

Sul piano attuativo e organizzativo, tuttavia, l'evoluzione normativa non ha proceduto sempre nella direzione del riconoscimento e della promozione di un ruolo privilegiato per le autonomie, tantomeno per quelle locali. Si tratta di vicende ben note e che possono qui essere ricostruite solo per passaggi schematici. Le trasformazioni della sanità e le sue riforme organizzative risentono indubbiamente del clima politico e culturale complessivo. Ne sono una sorta di cartina al tornasole. La legge 833 del 1978, infatti, che riconosceva centralità alle autonomie locali, era uno dei frutti più maturi di una vivace stagione politico-sociale orientata alla promozione della partecipazione. All'esito di quella stagione, le funzioni sanitarie erano allocate alle Unità Sanitarie Locali, che però erano strutture operative dei Comuni singoli o associati e delle comunità montane (artt. 10 e 15 della l. 833/1978). Vi era una stretta compenetrazione tra organi dell'USL e organi comunali. In particolare, per l'art. 15 della l. 833, l'assemblea generale dell'USL «è costituita: a) dal consiglio comunale se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale coincide con quello del comune o di parte di esso; b) dall'assemblea generale dell'associazione dei comuni (...), se l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale corrisponde a quello complessivo dei comuni associati; c) dall'assemblea generale della comunità montana se il suo ambito territoriale coincide con quello dell'unità sanitaria locale».

La prossimità tra politica locale e gestione sanitaria era così stretta che, in una stagione successiva, segnata questa volta dalla diffidenza verso l'invadenza della politica e da una reattiva – ma forse ingenua - fiducia verso stili di governo manageriali e il mercato *tout court*, si arrivò nel 1992 all'approvazione della legge di delega 421, cui seguì il d.lgs. 502, modificato poi dal d.lgs. 517/1993, che determinarono la cosiddetta “aziendalizzazione” sanitaria e, al contempo,

condussero alla sostanziale e perdurante estromissione dei Comuni dalla gestione dei servizi sanitari. Come è stato efficacemente sintetizzato, «regionalizzazione ed aziendalizzazione hanno (...) comportato un sostanziale svuotamento delle funzioni comunali in sanità, ma se era in certo senso scontato che la scelta tecnocratica fosse la necessaria risposta alle inefficienze delle Usl, non era altrettanto ovvio che alla stessa si accompagnasse una ridefinizione delle funzioni amministrative allocate ai diversi livelli territoriali, ben potendo immaginarsi un modello di governo aziendale che poggiasse sullo stesso impianto di competenze disegnato dal legislatore del 1978»<sup>11</sup>. Sulla stessa linea critica, si è parlato di «espropriazione» dei Comuni delle competenze gestionali, dopo il d. lgs. 502<sup>12</sup>, e di una conseguente tensione.

Come è apparso poi chiaro, l'aziendalizzazione non avrebbe portato a una vera – e comunque discutibile – estromissione della politica, ma allo slittamento verso un'influenza di livello regionale. Le aziende sanitarie sono infatti ora configurate come enti strumentali della Regione, dotati di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Tali aziende sono gestite da un organo monocratico, il direttore generale, che è nominato dalla Regione e che alla Regione risponde (art. 3 del D.Lgs. 502/92). Il d. lgs 502, come si è detto, ridimensiona fortemente il ruolo dei Comuni. L'articolo 3.1 mantiene però «fermo (...) il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali». Il Sindaco, o la conferenza dei Sindaci, definiscono nell'ambito della programmazione regionale, linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività; esaminano i bilanci; verificano l'andamento generale dell'attività. Le loro eventuali osservazioni in merito vanno trasmesse al direttore generale e alla Regione (art. 3.14). Le nuove aziende sanitarie hanno però una dimensione territoriale di scala provinciale, ciò che complica le possibilità per i Comuni di esercitare una qualche influenza significativa.

---

<sup>11</sup> F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. Fed.*, 3-4/2018, p. 795.

<sup>12</sup> G. CILIONE, *Diritto sanitario*, cit., p. 113.

La tappa successiva è sintetizzabile in termini complessivi di riequilibrio ed è rappresentata dalla legge 419/98 di delega al Governo per la razionalizzazione del SSN e nel relativo decreto legislativo (229/1999). Si può parlare di un riequilibrio, perché la riforma, pur senza mettere in discussione la responsabilità delle Regioni e delle direzioni aziendali nella gestione dei servizi sanitari, mira ciò nondimeno a un suo esercizio più partecipato. Il passaggio è verso una programmazione partecipata, che confida in rapporti dialogici e nell'autenticità del confronto fra Regione, aziende sanitarie e, appunto, le autonomie locali.

Insomma, il d. lgs. 229/1999 non reca con sé il recupero per il Comune di funzioni gestionali, ma rafforza quelle consultive e propositive nella programmazione: il Piano sanitario nazionale è adottato d'intesa con la Conferenza unificata e il Piano regionale è sottoposto alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale e poi vi sono i piani attuativi locali<sup>13</sup>. I sindaci sono presenti nei Comitati di distretto e nelle Conferenze dei sindaci in ogni territorio delle aziende Usl. Il coordinamento tra Comuni e Aziende Usl è finalizzato all'integrazione fra servizi sociali e sanitari e coinvolge i primi nella valutazione e nel controllo<sup>14</sup>.

Lo strumento operativo principale di questo ruolo co-programmatorio è individuabile nella costituzione, con legge regionale, di una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale (d.lgs. 229/99, art. 2, c. 1, 2 bis, 2 ter), entro cui è assicurata l'interlocuzione o la rappresentanza delle autonomie locali<sup>15</sup>. L'art. 2, c. 1, 2 quinquies impegna la legislazione regionale a disciplinare il rapporto fra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo le modalità di partecipazione ad essa degli enti locali interessati.

---

<sup>13</sup> G. CILIONE, *Diritto sanitario*, cit., p. 114; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino 2020, pp. 103-104.

<sup>14</sup> G. CILIONE, *Diritto sanitario*, cit., p. 115.

<sup>15</sup> «Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali» (art. 2 bis).

Coerentemente, il d.lgs. 229/99 valorizza il livello distrettuale come articolazione organizzativa dell'azienda, dotata di un budget e di un'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, e le sue funzioni programmatiche delle attività territoriali. Il distretto è sede qualificata di rapporti inter-istituzionali, grazie alla costituzione del comitato dei sindaci e all'integrazione con i servizi socio-sanitari (art. 3, quater, quinquies e sexies). L'assistenza distrettuale comprende infatti quelle numerose ed eterogenee attività che hanno in comune la caratteristica di essere svolte ed erogate "sul territorio" e non in regime di ricovero ospedaliero<sup>16</sup>. Il direttore di distretto predispone il programma delle attività territoriali e, previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, lo propone al direttore generale che lo approva. Per le attività socio-sanitarie il direttore deve ricercare l'intesa con il comitato dei sindaci.

Un ulteriore livello di coinvolgimento degli enti locali riguarda (art. 9) la disciplina dei fondi integrativi, che, peraltro, con disposizione interessante e poco sviluppata, sono autogestiti (art. 9.7); possono essere affidati in gestione mediante convenzione a istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio-sanitario da almeno cinque anni; e Regioni ed enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione di questi fondi. Tale strumento renderebbe possibile ai Comuni assicurare ai cittadini appartenenti al proprio territorio livelli più elevati di servizi sanitari e socio-sanitari.

Un successivo riordino dell'assistenza sanitaria territoriale è stato l'obiettivo del c.d. decreto Balduzzi (d.l. 158 /2012, convertito in l. 189/2012), il cui art. 1. impegna le Regioni a definire «l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, (...) nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione

---

<sup>16</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 5.

regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria». L'obiettivo del riordino è una migliore integrazione socio-sanitaria, ma l'interlocazione e il ruolo degli enti locali restano, per così dire, sullo sfondo, in quanto rimessi alla definizione da parte delle Regioni. Vero è però che il decreto mira a riorganizzare il sistema attraverso modelli idonei a potenziare l'assistenza territoriale, al fine di ridurre la necessità di ricorso all'ospedalizzazione<sup>17</sup>.

Come questa sintetica rassegna ha evidenziato, il rapporto tra salute ed enti locali si gioca anzitutto sul terreno dell'integrazione socio-sanitaria. Anche con la regionalizzazione della gestione sanitaria, il legame con il territorio e con gli enti locali riguarda soprattutto l'area dell'integrazione, in cui competenze sanitarie e sociali, ruolo delle aziende sanitarie e degli enti locali si sono fisiologicamente – anche se non sempre virtuosamente – intrecciati. L'esigenza di questo intreccio è accresciuta indubbiamente con l'invecchiamento della popolazione, che è un fenomeno sociale che impatta sanitarmente ed esige un'elevata integrazione delle prestazioni. Non a caso, come si dirà, cronicizzazione e de-ospedalizzazione sono una causa e un obiettivo dell'attesa istituzione delle Case della Comunità. La crisi pandemica ha indubbiamente rafforzato questa esigenza e infatti la sperimentazione delle strutture di prossimità, prevista dall'art. 1, commi 3, 4 e 4-bis del d.l. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella l. 17 luglio 2020, n. 77, aveva proprio il fine di assicurare «il massimo livello di assistenza» a favore dei soggetti contagiati dal virus SARS-CoV-2 e di tutte le persone fragili la cui condizione risultava aggravata dall'emergenza in corso; nonché di «implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti» per i pazienti in isolamento. La

---

<sup>17</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 6: «La Riforma prevedeva dunque che le AFT avessero il compito di assicurare l'assistenza primaria, attraverso i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali, mentre le UCCP - disponendo di strumentazione diagnostica di base e garantendo l'apertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 – operassero per ridurre l'accesso alle strutture ospedaliere pur rimanendo in stretto contatto con esse».

sperimentazione, coordinata dal Ministero della salute sulla base di un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, si ispirava «al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro»<sup>18</sup>.

L'integrazione socio-sanitaria può essere definita come quel «complesso articolato sistema di servizi ed interventi finalizzato a configurare una risposta a un bisogno di salute contestualmente ad un bisogno assistenziale, il primo relativo ad una situazione patologica o d'acuzie, il secondo concernente una situazione relazionale»<sup>19</sup>. Non si tratta di ipotesi marginali; e infatti è matura la consapevolezza del carattere strutturalmente, e non occasionalmente, intrecciato di questi ambiti di cura. Questa consapevolezza rappresenta una conferma della perdurante validità del modello costituzionale, personalistico e pluralistico<sup>20</sup>.

In effetti, la competenza dei Comuni era inizialmente generale, salvo poi il trasferimento delle competenze sanitarie, dapprima a enti mutualistico-previdenziali. La l. 730/1983 consentiva ai Comuni di avvalersi, per le prestazioni assistenziali, delle USL, tenendosi però il relativo carico finanziario. Nessuna componente assistenziale doveva gravare sul fondo sanitario. Il D.P.C.M. 8.8.1985 si poneva l'obiettivo di completare il disegno della l. 730/1983, fornendo i criteri per stabilire quali fossero le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.

Con il d.lgs. 502/92, l'integrazione socio-sanitaria affidata all'ASL determinava una sorta di frattura nel rapporto con il Comune, relegato ormai all'ambito assistenziale. Con il d.lgs. 229/1999 si tentava di ricomporre parzialmente questa frattura, attraverso criteri per individuare prestazioni al confine tra sociale e sanitario. Si tratta delle prestazioni socio-sanitarie, e cioè le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona umana che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione

---

<sup>18</sup> R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 4/2021, p. 50.

<sup>19</sup> L. DEGANI-R. MOZZANICA, *L'integrazione socio-sanitaria: le ragioni, le regioni, gli interventi*, Maggioli, Sant'Arcangelo di R. 2009, p. 9.

<sup>20</sup> A. PIOGGIA, *Diritto sanitario*, cit., pp. 207-209.

sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Tali prestazioni comprendono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

Il D.P.C.M. 14.2.2001, «Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie», in via attuativa, individua, sulla base dello stato di bisogno, quali prestazioni competano ai comuni e quali alle ASL con i relativi oneri. A questa integrazione ne corrisponde una istituzionale: il diritto-dovere degli organi rappresentativi della comunità locale di esprimere il bisogno socio-sanitario della popolazione; la possibile delega all'ASL, da parte dei Comuni, dei servizi socio-assistenziali (con oneri a carico dei Comuni, con possibile partecipazione alla spesa da parte dei cittadini).

All'integrazione socio-sanitaria si riferisce anche la l. 328/2000 (agli artt. 8.1. e 22.1), ove però sostanzialmente si rinvia alle disposizioni della riforma sanitaria (art. 3-septies d. lgs. 229/1999 e D.P.C.M. 14.2.2001, riprese poi dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 sui LEA). L'integrazione conserva quindi, con la legge 328/2000, una regolamentazione entro una sede prettamente sanitaria. Ciò rivela una sorta di persistente sudditanza del comparto dei servizi sociali rispetto a quelli sanitari, in connessione con la sproporzione dei rispettivi investimenti finanziari.

### **3. Le Case della Comunità, un nuovo rilancio?**

Potrebbe superficialmente apparire paradossale che il quadro dei rapporti tra organizzazione sanitaria e Comuni si sia riaperto a margine e in risposta dell'esperienza recente della pandemia. Vero è che la pandemia, per la radicalità del suo impatto e delle reazioni che ha generato, pone la questione di «istituire di

nuovo la vita o, più ambiziosamente, di istituire una vita nuova. Si tratta di un'urgenza che precede ogni altra necessità di tipo economico, sociale, politico, perché costituisce l'orizzonte, materiale e simbolico, da cui tutte le altre traggono senso»<sup>21</sup>. Questa valenza istituyente opera, anzitutto, proprio sul terreno immediatamente sanitario, che si colloca «all'incrocio inquietante tra politicizzazione della medicina e medicalizzazione della politica»<sup>22</sup>. La questione mantiene tuttavia, dal punto di vista qui adottato, una certa paradossalità, perché, come spesso avviene per le situazioni emergenziali, anche la pandemia ha operato per lo più come fattore di ri-accentramento delle competenze in capo allo Stato e, in particolare, al Governo.

Ciò nondimeno, proprio e soprattutto le prime, drammatiche, fasi della pandemia hanno mostrato la sofferenza della medicina territoriale e sollecitato un'urgente riapertura di interesse per questa tematica<sup>23</sup>. Nella fase più convulsa, proprio i sindaci sono stati, ben oltre le loro attribuzioni formali, elementi di collegamento e di integrazione tra bisogni sociali e sanitari della comunità di riferimento<sup>24</sup>. Un problema rilevante – non l'unico – è stata la gestione del sovraffollamento in pronto soccorso e degli accessi ospedalieri impropri, da cui la necessità di sinergie entro la rete dei servizi territoriali sanitari e sociali presenti a livello locale<sup>25</sup>. Ciò soprattutto per le patologie croniche.

È ovvio però che la focalizzazione sul nodo del rapporto con il territorio non equivale *sic et simpliciter* al riconoscimento di un'effettiva autonomia degli enti locali. L'art. 1.4 bis del d.l. 34/2020 (come convertito dalla l. 17 luglio 2020, n. 77), il cosiddetto decreto "rilancio", contiene, anche a seguito delle modifiche introdotte

---

<sup>21</sup> R. ESPOSITO, *Istituzione*, Il Mulino, Bologna 2021, p. 13.

<sup>22</sup> R. ESPOSITO, *Istituzione*, cit., p. 17.

<sup>23</sup> E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., pp. 361-362; A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2/2020, p. 401; V. MANZETTI, *Una declinazione del principio di sussidiarietà: le imprese di comunità*, in *federalismi.it*, 7/2022, p. 143; nonché il richiamato rapporto *Sanità e territorio*, pp. 26-27.

<sup>24</sup> *Sanità e territorio*, cit., p. 75: «sono i sindaci che, in alcuni casi, hanno tenuto il conto dei cittadini contagiati, che hanno verificato che nessuno fosse abbandonato solo in casa, che hanno insistito per risolvere situazioni drammatiche nelle case di riposo, che hanno organizzato trasporti per vaccinare gli anziani. In molti hanno dato sostanza alla norma che vede ancora nel sindaco la prima autorità sanitaria della città».

<sup>25</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 4.

dalla legge di conversione, indicazioni importanti, laddove prevede l'istituzione di c.d. «strutture di prossimità». Più precisamente, si dispone che, «al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità».

Gli obiettivi della sperimentazione sono dunque tratti dai richiamati comma 3 – che è riferito alle attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti per i pazienti in isolamento anche ospitati presso le strutture temporanee attivate per l'emergenza Covid -; e comma 4, che si riferisce alle cure dovute ai soggetti contagiati (sempre per l'emergenza Covid), nonché, più in generale, a tutte le persone fragili. Si può quindi dire, che le «strutture di prossimità» fossero rivolte alle persone con maggiori fragilità, al fine di rafforzare nei loro confronti i servizi di assistenza domiciliare integrata<sup>26</sup>. Il riferimento al contagio resta centrale.

Il successivo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) fuoriesce, per così dire, almeno in parte, dalla logica dell'emergenza, nel senso che mira a promuovere e sostenere trasformazioni più durature<sup>27</sup>. Tra gli obiettivi generali del Piano, indicato come Missione 6, dedicata alla Salute, figura una riforma (la n. 1) che comprende «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima», il cui

---

<sup>26</sup> Così anche E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., p. 364.

<sup>27</sup> Sul rapporto tra la sperimentazione di cui al d.l. 34 e il PNRR, cfr. ancora E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., pp. 362-365

investimento (1.1) consiste nella predisposizione di «Case della Comunità». Il documento spiega che «l'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. (...) Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. 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»<sup>28</sup>.

Significativamente accanto alla promozione di reti di prossimità e della telemedicina, fanno la loro comparsa le Case della Comunità, che ricevono una prima caratterizzazione. Per la verità, queste istituzioni non scaturiscono dal nulla, ma, almeno in alcuni territori, si innestano su di una struttura preesistente, denominata «Casa della Salute», di cui dovrebbero costituire un'evoluzione. Le Case della Salute, realizzatesi in alcune Regioni<sup>29</sup>, nascono da una precedente sperimentazione, promossa dal Governo (art. 1, c. 806, lett. a, l. 296/2006 - legge finanziaria per il 2007 -) e denominata «modello assistenziale case della salute», finanziata attraverso un «Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale» (c. 805), istituito «al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale».

---

<sup>28</sup> Sul punto, prime considerazioni in R. BALDUZZI, *Quale assetto istituzionale del nuovo Ssn tra Stato e Regioni?*, in *L'Arco di Giano*, 108/2021, 28 ss., che lamenta una limitata attenzione per «l'esigenza di un maggiore coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali».

<sup>29</sup> E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., p. 369.

Indicazioni più puntuali giungevano poi dal d.m. 10 luglio 2007, recante le linee guida per la sperimentazione delle Case della salute e l'accesso al relativo cofinanziamento. Il d.m. definiva (allegato A) la Casa della salute come «struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociosanitarie, deve rappresentare la struttura di riferimento per l'erogazione dell'insieme delle cure primarie». Vi si prevedeva che la suddetta struttura contenesse gli studi dei medici di medicina generale, assicurasse continuità assistenziale, integrasse gli ambulatori della specialistica ambulatoriale, includesse tecnici della riabilitazione e della prevenzione, ecc.. Il decreto medesimo richiedeva anche l'incardinamento entro la struttura dello sportello unico di accesso, elemento di integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali, grazie al quale avrebbe dovuto realizzarsi «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 individuale». Giuridicamente, le Case della Salute assumono la forma di consorzi pubblici senza scopo di lucro costituiti dai Comuni di una stessa zona-distretto insieme all'Azienda sanitaria di riferimento<sup>30</sup>.

Si aggiungeva, significativamente, che la «Casa della salute deve rappresentare il luogo della partecipazione democratica dove i cittadini e le associazioni di tutela dei pazienti contribuiscono alla programmazione dei servizi e delle attività e sono chiamati a valutare i risultati ottenuti in termini di salute e di benessere percepito. (...) In questa ottica, alle regioni e agli enti locali è richiesto di programmare lo sviluppo di interventi integrati, finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà di un percorso assistenziale che si faccia carico della specificità di tali situazioni e della complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone, superando l'attuale frammentarietà degli interventi. In particolare, nel periodo indicato, i programmi regionali dovranno prevedere: (...) il coordinamento e l'integrazione con gli enti locali, le strutture sanitarie territoriali riabilitative di competenza i distretti

---

<sup>30</sup> G. CILIONE, *Diritto sanitario*, cit., p. 116; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario*, cit., p. 104.

sociosanitari ed i MMG per garantire la continuità dell'assistenza ed assicurare la migliore qualità di vita per una disabilità non emendabile».

Come si può evincere, si enunciano finalità e un'ispirazione del tutto congrue con quelle ora riproposte con le Case della Comunità<sup>31</sup>. Si tratta, in entrambi i casi, di strutture entro cui dovrebbero co-operare aziende sanitarie, Comuni, volontariato, terzo settore che insieme elaborano il piano integrato di salute.

La sperimentazione avviata allora ha prodotto esiti contrastanti. Solo alcune Regioni vi hanno dato effettivo seguito. In particolare, si sono distinte l'Emilia-Romagna<sup>32</sup> e la Toscana<sup>33</sup>. Una recente pubblicazione del Servizio Studi di documentazione della Camera dei deputati, del 1° marzo 2021, dedicata proprio alle «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale» così sintetizza la

---

<sup>31</sup> Tanto che il citato rapporto *Sanità e territorio*, cit., p. 17 osserva, un po' laconicamente, che «il tema vero non sembra l'uso di nuove parole per definire oggetti molto simili: Case per la salute, Ospedali di comunità o Casa della comunità come dice il PNRR. Quanto andrebbe fatto sul territorio è descritto nelle diverse normative ormai da quarant'anni. Nel frattempo, sono migliorate le tecnologie e la possibilità di realizzare un sistema a rete efficiente ed efficace. Tuttavia, quello che sembra mancare è la forza e la volontà di avviare una rivoluzione che coinvolga tutti i soggetti, dalle ASL ai comuni, al Terzo settore, ognuno per le proprie competenze ma ognuno interdipendente dagli altri nodi della rete».

<sup>32</sup> In particolare, l'Emilia-Romagna vi ha dato avvio mediante le previsioni contenute nella DGR 291/2010, successivamente integrate con la DGR 2128/2016. Tali atti hanno definito la Casa della salute quale «struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale», nonché «come un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie, che cura le interfacce con gli altri dipartimenti» (E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., p. 370).

<sup>33</sup> Con delibera regionale n. 139 del 25 febbraio 2008, con cui furono approvati i progetti pilota in tre aziende sanitarie. Si v. poi la l.r. 29/2019 (*Le Case della Salute. Modifiche alla L.R. 40/2005*). Nella delibera iniziale la Casa della salute era qualificata «parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. È strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multiprofessionali coordinati clinicamente dai medici di medicina generale titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità» (E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., p. 371). Sull'attuazione toscana, si v. la documentazione istituzionale in [www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa-della-salute](http://www.regione.toscana.it/sst/organizzazione/societa-della-salute); nonché un saggio di sintesi in P. CARROZZA, *La «Società della Salute». Il modello toscano di gestione integrata dell'assistenza sociale e della sanità territoriale alla luce dei principi sanciti dagli artt. 5, 32 e 118 Cost, in Il rispetto delle regole. Scritti degli allievi in onore di Alessandro Pizzorusso*, Giappichelli, Torino 2005, p. 143.

situazione determinatasi: «L'ampia disomogeneità nel numero di Case della Salute e di Ospedali di Comunità attivi nell'anno 2020, documenta la necessità di un approfondito confronto tra le Regioni/PA, fermo restando come, sulla base della documentazione raccolta, sia in corso un profuso impegno nelle singole Regioni/PA finalizzato al rafforzamento dell'assistenza territoriale, attraverso specifici atti di programmazione». Il dossier fa soprattutto risaltare l'attuazione squilibrata sia delle Case della salute, sia degli Ospedali di comunità.

Analoga valutazione emerge – con maggiore libertà di analisi - dal Rapporto CREA Sanità del 2000<sup>34</sup>, su «Case della Salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell'arte». Nella sintesi finale, il Rapporto annota l'immane «complessità e variabilità delle impostazioni regionali, che rende difficile perimetrare il fenomeno». Entro certi limiti, invero, tale varietà non può sorprendere ed è anzi coerente con il quadro autonomistico. Si osserva inoltre come «una caratteristica distintiva della "Case della Salute" rispetto agli Ospedali siano proprio le tecnologie, che sono prevalentemente di tipo "soft": medicina di iniziativa, integrazione multi-professionale, partecipazione ed empowerment, etc. Rimane invece ambigua l'importanza da attribuire alla caratterizzazione fisica delle "Case della Salute", con modelli che fanno dell'individuazione del luogo fisico di concentrazione dei servizi una caratteristica essenziale delle CdS, ed altri che tendono a privilegiare la logica dell'integrazione funzionale, con un ampio ventaglio di possibilità». Particolarmente utile risulta l'osservazione per cui «il principio basilare dell'"integrazione tra sociale e sanitario" sembra ancora lungi da essere realizzata. Va apprezzato come molte realtà stiano compiendo passi in avanti significativi, garantendo la presenza nelle CdS di presidi di tipo sociale, accanto a quelli sanitari: ma rimane ancora una realtà in divenire, lontana dal poter realizzare una piena collaborazione e integrazione tra i due comparti sulla base del principio della "centralità del paziente" con tutti i suoi bisogni».

Idealmente collegata a questo precedente, la Casa della Comunità dovrebbe, se stiamo al PNRR, scioglierne alcune ambiguità: essa sarà infatti «una *struttura*

---

<sup>34</sup> Consultabile online nel sito <https://www.fpcgil.it>

*fisica* in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. 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 (...) La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica».

Il PNRR sembra risolvere il dubbio circa la necessità di un'integrazione fisica («sarà una struttura fisica»<sup>35</sup>), e non solo funzionale; mentre rimane aperto circa la presenza dell'assistente sociale («potrà ospitare»). Ciò nondimeno, dal piano si ricava un chiaro orientamento preferenziale, dacché si argomenta il valore aggiunto che la presenza degli assistenti sociali potrà garantire. È evidente che l'inclusione dell'assistente sociale sia la cartina di tornasole dell'importanza attribuita all'integrazione tra sociale e sanitario, realizzata dalle Case di Comunità, nonché, di riflesso, del ruolo che potranno avere i Comuni nella *governance* di questa struttura. Per la verità, come dottrina ben documentata rileva, nei documenti ad oggi disponibili elaborati, tra Ministero e Regioni, in vista dell'attuazione del comma 4-bis, anche sul primo turno le certezze si sfaldano: si sottolinea infatti che la "struttura" non dev'essere necessariamente un luogo fisico, «ma piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale che riguarda l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le esperienze di cura domiciliari e in ambienti

---

<sup>35</sup> Corsivo aggiunto.

protetti, le diverse forme di promozione e prevenzione realizzati con il coinvolgimento di differenti professionalità in una logica di lavoro cooperativo/complementare, quindi multidisciplinare e multi professionale», e che l'espressione "di prossimità" sta a significare che la struttura deve essere il più possibile vicina alla persona assistita, favorendone la permanenza, se possibile, negli abituali luoghi di vita»<sup>36</sup>.

In presenza di tali ambivalenze, appare quanto mai opportuno il suggerimento, avanzato da dottrina particolarmente sensibile e avveduta, per il quale «il Piano dovrà essere corretto, o interpretato e attuato in senso estensivo, relativamente: a) alla previsione di una presenza soltanto facoltativa, all'interno della Casa della comunità, dell'assistente sociale, che va integrato nel team multidisciplinare insieme ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, ai medici specialisti, agli infermieri di comunità e agli altri professionisti della salute, così da assicurare che il punto unico di accesso (PUA) possa valutare e prendere in carico il bisogno sia a monte, sia a valle (...) d) all'esigenza di un maggiore coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali, senza il cui fattivo apporto la "piena integrazione socio-sanitaria" rimarrà fatalmente sulla carta, ma relativamente alle quali il Piano non sembra dedicare adeguata attenzione; e) all'importanza di individuare e valorizzare il "luogo" istituzionale deputato a garantire l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale, e che pertanto è chiamato a risponderne: tale luogo, secondo la vigente normativa (...) è il distretto sociosanitario: avere ridotto, in molte situazioni regionali, il distretto a mero luogo burocratico costituisce una concausa dell'ineffettività di molte tra le disposizioni normative dedicate all'integrazione sociosanitaria»<sup>37</sup>.

Sono indicazioni che mettono a fuoco gli elementi nevralgici della questione. La rilevanza dell'integrazione di interventi sociali e sanitari, nella accezione di salute con cui si è aperta questa riflessione, non è disgiungibile (né teoricamente, né praticamente) da un rilanciato ruolo degli enti locali nei servizi. Solo in questo

---

<sup>36</sup> Così riporta R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute*, cit., p. 51, nota 39.

<sup>37</sup> R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute*, cit., pp. 52-53.

modo agli obiettivi specificamente sanitari<sup>38</sup> possono corrispondere più larghi obiettivi di salute.

#### 4. Prospettive e problematiche attuative

La Casa della Comunità è un servizio da attivare su tutto il territorio nazionale, tenendo però conto delle specificità di ciascuna realtà locale, nel rispetto dell'autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria e dell'autonomia locale per i servizi alla persona. Alcune Regioni innestano le Case della Comunità sulle preesistenti Case della salute; per altre si tratta invece di avviare una trasformazione più penetrante, alla ricerca di un'integrazione efficace, fisica e non solo funzionale, tra servizi sociali e sanitari. La legislazione statale può limitarsi a definire un quadro di principi o, in prospettiva, qualificare le Case della Comunità tra i livelli essenziali, declinandoli in senso organizzativo, oltre che terapeutico. L'Ospedale di comunità è già stato definito come un livello essenziale di assistenza territoriale<sup>39</sup>. Ciò potrà comportare una stabilizzazione del servizio, oltre la sperimentazione. Come hanno dimostrato le vicende ricordate, l'innesto sui sistemi regionali è una questione molto delicata e piuttosto trascurata. L'intervento dello Stato pare necessario anche al fine di garantire il ruolo degli enti locali – una loro possibile *funzione fondamentale*, ex art. 117.2, lett. p - che le Regioni non sempre hanno adeguatamente valorizzato nei sistemi sanitari.

---

<sup>38</sup> «Gli obiettivi principali che si possono raggiungere con la Casa della Comunità 4.0 sono essenzialmente: riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso; snellimento delle liste di attesa; sviluppo della medicina proattiva e di prossimità; ottimizzazione della cura e della gestione dei malati cronici; perseguimento della appropriatezza della cura; monitoraggio esteso della popolazione sana; potenziamento dell'utilizzo dei percorsi diagnostici assistenziali (PDT) di primo livello; incremento tecnologia primo livello negli studi medici. Da questi obiettivi derivano risultati importanti per la sostenibilità e la tenuta dell'intero SSN, nonché per l'efficienza e l'efficacia degli interventi: promozione del nuovo concetto di salute; prossimità e personalizzazione delle cure; continuità di cura; interdisciplinarietà degli attori coinvolti» (F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., pp. 20-21).

<sup>39</sup> Intesa, ai sensi dell'articolo 5, c. 17, del Patto per la salute 2014-2016, di cui all'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità, art. 2 (*Aspetti tariffari, inserimento nei LEA e standard*).

Un'osservazione merita il riferimento ai termini evocativi, suggestivi, ma giuridicamente ambigui<sup>40</sup>, di «comunità» e di «casa». Non si può “spremere” troppo dalle mere qualificazioni e si può anzi avanzare qualche dubbio sull'utilizzo di parole simili, che colpiscono più per la loro forza suggestiva, che per il nitore di idee associate. Nasce legittimo il sospetto che siano usate proprio per il loro rilievo evocativo, che sembra alimentare una nostalgia di luoghi caldi e accoglienti, di fronte all'anomia della vita sociale<sup>41</sup>, e dunque attrarre consenso. Esse suggeriscono anche l'idea di una sottrazione dall'area del mercato. Questa qualificazione è funzionale a un obiettivo dichiarato del progetto, quello cioè di fare della struttura un punto di riferimento, facilmente riconoscibile dalla cittadinanza e a questa quasi familiare, come una “casa” appunto. Il termine «casa» forma con quello «comunità» un connubio di parole calde, che suggerisce l'immagine di un luogo fisico, riconoscibile, oltre la mera integrazione funzionale.

Conosce una rinnovata fortuna, anche nel lessico giuridico-istituzionale, il lemma, originariamente sociologico o urbanistico, di «comunità». Si pensi – solo per portare alcuni esempi - alle cooperative di comunità<sup>42</sup> o alle fondazioni di comunità<sup>43</sup>. Il Codice del terzo settore definisce il volontario come «una persona che, per sua libera scelta, svolge attività in favore della comunità e del bene comune» (art. 17)<sup>44</sup>. Anche per il web ci si riferisce a *communities*<sup>45</sup>. Più prossimo al tema qui trattato, vi è l'Ospedale di comunità<sup>46</sup>, strettamente imparentato con le

---

<sup>40</sup> A rischio di retorica, come sottolinea I. CAVICCHI, *Pandemia e sindemia: equivoci e paradossi*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 4/2021, pp. 18-19.

<sup>41</sup> M. AIME, *Comunità*, Il Mulino, Bologna 2019, p. 9.

<sup>42</sup> Si v., ad es., l'art. 5, comma 1, lettera b), della legge della Regione Umbria 2/2019 (Disciplina delle cooperative di comunità), su cui l'importante sent. 131/2020 della Corte costituzionale. In dottrina: V. MANZETTI, *Una declinazione del principio*, cit., p. 151 ss..

<sup>43</sup> Che rientrano tra gli enti filantropici di cui all'art. 37 del d.lgs. 117/2017, Codice del terzo settore.

<sup>44</sup> Si v. anche art. 63 del Codice.

<sup>45</sup> Un'altra di «quelle parole mutuare dal lessico delle scienze sociali, che però, una volta impigliatasi nella ragnatela del Web, come in altri casi, muta la natura» (M. AIME, *Comunità*, cit., p. 81).

<sup>46</sup> Si v. l'Intesa sancita il 20 febbraio 2020 in sede di Conferenza Stato-regioni, che definisce il «Presidio sanitario di assistenza primaria a degenza breve/Ospedale di Comunità» come «una 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 la riacutizzazione di patologie

istituende Case di Comunità. Più complessivamente, si parla da molto tempo di *welfare community*<sup>47</sup>. Merita osservare che all'attuazione di un *welfare* comunitario è esplicitamente orientata la riforma del PNRR comprendente le Case di Comunità.

La stessa città è associata talora all'idea di comunità<sup>48</sup>: nel Testo Unico degli Enti Locali, all'art. 3, si legge che «le comunità locali, ordinate in comuni e province, sono autonome. Il comune è l'ente locale che rappresenta la propria comunità, ne cura gli interessi e ne promuove lo sviluppo». La comunità è il sostrato personale di cui l'ente locale è esponenziale. La rinnovata accentuazione della dimensione comunitaria rimanda a un altro insegnamento della pandemia e cioè alla necessità del *networking* attorno alla tutela della salute<sup>49</sup>. E i sindaci sono un organo ben posizionato per questo compito di tessitura di rete nelle - e tra le - comunità locali<sup>50</sup>. E tuttavia, già nel PNRR e nel decreto-rilancio, la previsione di queste strutture di prossimità (e di comunità) è accostata a un forte investimento nella componente di digitalizzazione dei servizi. Tanto che si potrebbe concludere – non a torto – che la Casa della Comunità sia un'articolazione della *smart city*, con il rischio però, a quel

---

croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che vengono ricoverati in queste strutture per mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare) e necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio». Esso «può avere una sede propria, essere collocato in strutture polifunzionali, presso presidi ospedalieri riconvertiti, presso strutture residenziali oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è sempre riconducibile all'assistenza territoriale», e la gestione delle sue attività «è riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie»; esso costituisce altresì «un setting ideale per promuovere una maggiore integrazione sia con la Comunità Locale (associazioni di volontariato) che con i Servizi Sociali».

<sup>47</sup> Si v., tra i giuristi, i lavori di E. FERIOLI, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino 2003; e, recentemente, con riferimento anche al PNRR, D. CALDIROLA, *Il Terzo settore nello Stato sociale in trasformazione*, Editoriale Scientifica, Napoli 2021, p. 258 ss. (in particolare 264-265).

<sup>48</sup> Ad es. M. AIME, *Comunità*, cit., p. 116; G.M. FLICK, *Elogio della città? Dal luogo delle paure alla comunità della gioia*, Paoline, Milano 2019, p. 112.

<sup>49</sup> *Sanità e territorio*, cit., p. 76: per «molti sindaci intervistati, l'emergenza Covid ha rinsaldato e allargato reti di relazioni: dal coinvolgimento del Terzo settore, al volontariato, ai rapporti con le altre istituzioni presenti sul territorio (primi tra tutti i Distretti e le Aziende sanitarie) e al livello nazionale. Ma non sono mancate relazioni anche con il settore industriale e dei servizi privati. Esperienze che hanno interessato sia i centri urbani, sia le aree interne che ne hanno tratto vantaggi e limitato il senso di abbandono. Esperienze che vanno capitalizzate. È stata svolta una attività di networking costante che rappresenta un patrimonio da non disperdere al termine dell'emergenza, ma da tenere vivo per i prossimi progetti di ricostruzione».

<sup>50</sup> F. PIZZOLATO, *L'investitura popolare del sindaco come problema costituzionale: prima tappa della presidenzializzazione o elemento di un paradigma relazionale?*, in *Lo Stato*, 14/2020, pp. 148-151.

punto, dell'evanescenza dell'elemento fisico<sup>51</sup>. La Casa della Comunità è espressione di un *Patient-Centered Care approach*<sup>52</sup>, che declina l'obiettivo di personalizzazione della cura alla luce anche della digitalizzazione delle prestazioni sanitarie<sup>53</sup>.

La digitalizzazione – insieme alla territorializzazione – dei servizi è funzione della domiciliarizzazione e del decongestionamento degli ospedali<sup>54</sup>. Tale correlazione vanta buone ragioni a suo sostegno, sia legate all'emergenza pandemica<sup>55</sup>, sia più strutturali, se si considerano la transizione demografica e il conseguente aumento delle cronicità, fattori che rendono «necessario rivedere i modelli organizzativi del Sistema Sanitario Nazionale in una direzione che (...) non potrà prescindere dall'innovazione tecnologica e digitale»<sup>56</sup>. La personalizzazione è dunque individualizzazione della cura, secondo la concezione pluralistica costituzionalmente orientata, ma anche nella direzione dell'informatizzazione del servizio. Questo non significa che digitalizzazione e territorializzazione debbano

---

<sup>51</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 32: «dobbiamo però sottolineare come sia indispensabile concepire la Casa della comunità non solo come un luogo fisico ma come uno spazio organizzato virtualmente. L'idea che deve passare è quella di una struttura di strutture interrelate che abbia le caratteristiche di un sistema neuronale, le cui sinapsi sono costituite sia da persone fisiche – pazienti e operatori sanitari - che da apparati digitali e tecnologici. Se invece continuiamo a pensare che l'assistenza territoriale sia solo una “questione di edilizia”, allora qualsiasi iniziativa sarà destinata al fallimento».

<sup>52</sup> S.J. TANENBAUM, *What is Patient-Centered Care? A Typology of Models and Missions*, in *Health Care Analysis*, 2015, sep., pp. 272-287.

<sup>53</sup> G. ARCURI-M. ELEFANTI-R. DI BIDINO, *L'ospedale smart: realtà e sfide*, in G.F. FERRARI (a cura di), *Smart city. L'evoluzione di un'idea*, cit., p. 397.

<sup>54</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 1: «L'innovazione digitale, grazie agli strumenti e alle tecnologie già oggi disponibili, può fare da traino per passare da modelli di assistenza “ospedalecentrici” a modelli integrati basati sulla persona, che consentano di lavorare maggiormente sulla prevenzione e sulla promozione della salute, affiancando costantemente il paziente, riducendo i fenomeni di acuzie e il numero di accessi ai Pronto Soccorso».

<sup>55</sup> M. CAMPAGNA, *Linee guida per la Telemedicina*, cit., p. 600.

<sup>56</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 4; territorio e tecnologie sono strettamente connesse: «il SSN deve necessariamente trasformarsi, abbandonando, per quanto possibile, il concetto dell'ospedale come luogo di cura per antonomasia e sostituendolo con il concetto di assistenza sanitaria “a domicilio” attraverso le tecnologie» (*ibidem*, p. 13); approccio simile in G. ARCURI-M. ELEFANTI-R. DI BIDINO, *L'ospedale smart*, cit., pp. 393-395; L. BUSATTA, *Partecipazione, inclusione*, cit., p. 602 ss..

essere contrapposti, posto che, come si è detto, le Case della Comunità nascono dall'idea di combinare le due tendenze<sup>57</sup>.

Personalizzazione ed *empowerment* digitale dovrebbero poter procedere di pari passo<sup>58</sup>. Sembra però di poter dire che il pregio costituzionale di questa innovazione istituzionale debba tradursi in soluzioni che vadano oltre l'integrazione funzionale e la digitalizzazione. Tale pregio si sminuirebbe se, a valle del processo, ci si ritrovasse in presenza di ambulatori a forte integrazione tecnologica. Una possibilità, forse la più realistica, è infatti che le Case della Comunità siano depotenziate al livello di «un servizio assimilabile ad un concetto evoluto di ambulatorio specialistico polifunzionale in cui i principi di innovazione terapeutica e digitale possano disegnare nuovi percorsi di prevenzione, diagnosi e cura, con un miglioramento organizzativo nei territori e perseguendo contemporaneamente la sostenibilità del sistema sanitario pubblico»<sup>59</sup>.

Proprio per scongiurare questa declinazione rinunciataria, nel dibattito pubblico è stato posto il tema cruciale del rapporto tra Casa della Comunità e medici di medicina generale. Questo rapporto è indubbiamente un nervo scoperto del progetto, così come lo è stato in precedenza per le Case della Salute<sup>60</sup>. Ecco perché si è ammonito che «la casa della Comunità non è (non dovrebbe essere) un poliambulatorio cioè una casa della Sanità ma una casa della Salute - intesa come

---

<sup>57</sup> Ambedue gli obiettivi sono presenti nella missione 6 del PNRR. Cfr. anche E. ROSSI, *Le "Case della comunità"*, cit., p. 366; L. BUSATTA, *Partecipazione, inclusione*, cit., p. 612 ss.; F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 20: «L'idea è quella di attivare un luogo fisico, e contemporaneamente anche virtuale, in cui il cittadino paziente non solo può usufruire delle prestazioni del medico di medicina generale, degli specialisti ambulatoriali - compresi gli odontoiatri - e dell'assistenza infermieristica (come da riforma Balduzzi e successivi Patti della Salute), ma contestualmente può beneficiare della disponibilità di nuovi strumenti, nuove applicazioni, effettuare esami innovativi, entrare automaticamente in un percorso di screening, ottenere farmaci di ultima generazione».

<sup>58</sup> Le questioni sono bene collegate da M. TOMASI, *Il volto umano*, cit., pp. 529: «l'integrazione dei servizi della medicina digitale nel quadro organizzativo e gestionale delle *smart cities* può contribuire a una funzione di centralizzazione della persona. Questa incontra una doppia declinazione, riguardando, da un lato, la personalizzazione dei servizi e, dall'altro, della realizzazione dell'*empowerment* della persona, termine di difficile traduzione, con il quale si può fare riferimento a un processo virtuoso di crescita ed evoluzione individuale e sociale»; e p. 538.

<sup>59</sup> F. GELLI-N. MOSTARDA, *La Casa della Comunità 4.0*, cit., p. 2.

<sup>60</sup> Dura è stata a riguardo la posizione della FIMMG ([www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5796858.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato5796858.pdf)).

benessere individuale e collettivo - dove la comunità è protagonista, insieme alle Istituzioni (Enti Locali, Scuola, Lavoro, Ambiente, Asl), al terzo settore no profit e al volontariato, in un comune disegno condiviso che denominiamo “Progetto di Salute” per quel territorio e per quella comunità. Quindi un luogo dove le persone e le comunità non sono ospiti o, peggio ancora, clienti»<sup>61</sup>. In uno spirito orientato in senso personalistico e costituzionale, si sottolinea l’obiettivo di una Casa della comunità, non già *per la* comunità<sup>62</sup>: ciò significa valorizzare la prossimità, più della mera domiciliarità.

Il conseguimento di questo risultato non sembra ottenibile se, contestualmente, non si prende in carico il versante dell’integrazione tra territorio ed ospedale. Il *trait-d’union* potrebbe essere nuovamente offerto dalla telemedicina che è la preconditione tecnologica per la costituzione di quelle che il d.m. 70 del 2015<sup>63</sup> (punto n. 8 dell’allegato 1) definisce *reti per patologia*, che, nel contesto dell’assistenza ospedaliera, integrano prestazioni rese per acuti e post acuti con l’attività dei servizi territoriali. Tali reti, che dovrebbero essere aperte alle associazioni dei pazienti e al terzo settore, sono rese possibili dall’infrastruttura digitale e mirano alla definizione di percorsi di cura<sup>64</sup>. Anche su questo piano, la città avrebbe una funzione importante da svolgere, volta a contribuire a togliere l’ospedale dall’isolamento assistenziale in cui spesso si trova<sup>65</sup>.

Un ruolo centrale, importante e costitutivo nella tessitura delle reti è svolto dal distretto, centro focale dell’integrazione socio-sanitaria. L’introduzione delle Case di Comunità deve pertanto accompagnarsi – per produrre le trasformazioni sperate - a una più complessiva riforma organizzativa della sanità che dia centralità a questa strategica articolazione. A questa centralità si aggancia infatti un valorizzato ruolo degli enti locali che non ha finora trovato nelle Conferenze dei Sindaci una sede soddisfacente.

---

<sup>61</sup> G. SESSA-V. COLMEGNA, *La Casa della Comunità non è un ambulatorio ma un nuovo modo di promuovere la salute*, in *quotidianosanità.it*, 7.5.2021.

<sup>62</sup> I. CAVICCHI, *Pandemia e sindemia*, cit., p. 19.

<sup>63</sup> Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*.

<sup>64</sup> M. CAMPAGNA, *Linee guida per la Telemedicina*, cit., pp. 612-613.

<sup>65</sup> Devo questo spunto a un confronto con Maurizio Campagna.

Anche attraverso le Case di Comunità, l'obiettivo – ancorché lontano – che dovrebbe muovere gli sforzi e orientare le risorse attivate è quello di fare della cura della salute uno dei luoghi della democrazia<sup>66</sup>, e cioè un presidio auto-riflessivo e partecipato della comunità che, con l'alleanza tra società e istituzioni, a partire da quelle più prossime al cittadino, mette al centro della sua sollecitudine il paziente e le sue fragilità.

---

<sup>66</sup> Secondo l'idea di una democrazia come forma di vita: J. DEWEY, *Democrazia e educazione*, trad. it., Sansoni, Milano 2004, p. 95; F. PIZZOLATO, *I sentieri costituzionali della democrazia*, Carocci, Roma 2019, p. 89.