

La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*

ALESSANDRA PIOGGIA

Professoressa ordinaria di Diritto amministrativo
nell'Università di Perugia.

1. UNA SANITÀ IMPOVERITA CHE RICHIEDE NUOVI INVESTIMENTI

La sanità italiana ha affrontato la pandemia impoverita da un decennio di politiche di contenimento della spesa, che hanno ridotto l'entità delle risorse a disposizione dei servizi a garanzia del diritto alla salute¹. La nostra spesa sanitaria pubblica in percentuale sul prodotto interno lordo è costantemente diminuita nel periodo che va dal 2009 al 2019. Nel corso del decennio il finanziamento pubblico è cresciuto in media solo dello 0,90% per anno, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%)². Questo ha fatto “perdere”, rispetto al trend precedente, circa 37 miliardi di euro. In termini reali la spesa sanitaria pro capite a prezzi costanti è passata così da 1.893 a 1.746 euro con una riduzione media annua di 8 decimi di punto³.

* Il presente saggio è già stato pubblicato nel fascicolo n. 2/2022 della rivista *Giornale di diritto amministrativo*.

1 Ampiamente su questi aspetti, 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. 385; Id., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, n. speciale, 2020, p. 17.

2 Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, *Il definanziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, 3, in https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf#page=13.

3 Quella italiana è “una flessione molto più contenuta rispetto ad altri Paesi in difficoltà (Grecia -4,5 punti l'anno), ma che ci differenzia, pur rimanendo superiore nel livello, dall'andamento

Un andamento del genere si è inevitabilmente riflesso sulla capacità organizzativa della nostra sanità. Se i limiti sono emersi soprattutto nella risposta iniziale agli straordinariamente aumentati bisogni di salute dovuti all'emergenza pandemica, anche attualmente, dopo due anni di "gestione" dell'emergenza, restano evidenti le conseguenze di una capacità di servizio limitata: basti pensare al lento recupero dell'attività programmata per esami e interventi "non covid".

L'impoverimento del sistema, già evidente alla fine del secondo decennio di questo secolo, ancor prima dell'esplosione della pandemia, aveva, a dire il vero, già stimolato un se pur timido ritorno di investimenti. Qualche segnale di ripresa si intravedeva alla fine del 2019 nell'Intesa raggiunta tra lo Stato e le Regioni per il Patto della salute 2019-2021. L'accordo, infatti, aveva consentito un incremento di risorse per il servizio sanitario e stimolato l'avvio di un confronto sulle questioni relative alla riorganizzazione del sistema e all'assunzione di personale. Le necessità legate alla gestione dell'emergenza sanitaria hanno poi accelerato gli investimenti, se pure, in buona parte, al di fuori di un progetto organizzativo coerente, essendo per lo più rivolte a rispondere a bisogni urgenti e sostenere misure straordinarie. Nel corso del 2020 si sono così succeduti diversi decreti legge⁴ che hanno assegnato risorse aggiuntive ai servizi sanitari regionali per aumentare la dotazione di personale, spesso a tempo determinato, per remunerare straordinari e prestazioni aggiuntive di medici e infermieri, incrementare i contratti con le strutture private accreditate per aumentare la capacità di servizio, accrescere e riqualificare la dotazione di posti letto in terapia intensiva e sub-intensiva, costituire le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per il tracciamento e il monitoraggio dei pazienti Covid-19, sostenere l'assistenza domiciliare e iniziare il recupero delle prestazioni "non covid" lasciate indietro dall'emergenza. Nel 2021 un primo aumento delle risorse per la sanità è venuto dalla legge di bilancio, che ha accresciuto il finanziamento del Fondo sanitario nazionale di 1.893 mln, raggiungendo l'importo complessivo di 121.370 mln. In buona parte l'aumento è servito a finanziare le misure urgenti di rafforzamento del sistema sanitario assunte nel 2020, con particolare riferimento alla spesa per il personale⁵. Un importante ulteriore investimento ha riguardato i contratti di formazione specialistica. Un secondo incremento di risorse è derivato anche nel

registrato in Spagna e Portogallo (rispettivamente -6 decimi e -7 decimi). La spesa è invece cresciuta (sempre in media annua) del 2 per cento in Francia, dello 0,5 per cento in Olanda, del 2,2 per cento in Germania. Ne derivano divari consistenti in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite (espressa in parità del potere d'acquisto). Secondo le stime dell'Ocse, nel 2018 in Germania e in Francia la spesa pro capite era, rispettivamente, doppia e superiore del 60 per cento a quella italiana", così Corte dei Conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, approvato nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 15 maggio 2020, 289.

4 Noti come Cura Italia (17 marzo 2020, n. 18), Rilancio (19 maggio 2020, n. 34) e Agosto (14 agosto 2020, n. 104).

5 Un'ampia e utile ricostruzione della finanza sanitaria nel corso degli ultimi due anni si trova in E. Caruso, *Oltre il mattone, quali prospettive per la sanità*, in *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2021*, a cura di G. Arachi, M. Baldini, S. Toso, il Mulino, Bologna, 2022 (in corso di pubblicazione).

corso del 2021 dalla decretazione di urgenza⁶ che tuttavia ha riguardato essenzialmente la campagna vaccinale e il recupero delle liste di attesa.

Nel cuore del biennio appena trascorso si colloca l'elaborazione e la presentazione da parte del Governo, nell'aprile del 2021, prima alla Commissione europea e, subito dopo, al Parlamento italiano, del Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il Piano, come è noto, illustra in che modo il nostro Paese intende investire i fondi messi a disposizione dal *Next generation Eu* e raggruppa i progetti di investimento in 16 componenti, a loro volta aggregate in 6 missioni, l'ultima delle quali è dedicata alla salute.

Se non è ragionevole cercare un disegno di riforma coerente della sanità negli interventi che in questi ultimi due anni si sono susseguiti attraverso la decretazione di urgenza mirata a introdurre e finanziare misure di risposta rapida alle nuove esigenze dettate dalla pandemia, diversamente è sensato provare a rintracciare le tracce di un primo ripensamento del sistema sanitario nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.⁷

La missione "Salute" del Piano si articola in due componenti, otto aree di investimento e due riforme, per un totale di 15,63 mld di euro. L'orizzonte temporale di cinque anni e l'investimento economico dovrebbero essere funzionali non solo alla ripresa delle attività come prima della pandemia, ma anche e soprattutto a superare quelle criticità che quest'ultima ha fatto emergere più o meno omogeneamente su tutti il territorio nazionale⁸.

Le misure contenute nel PNRR perseguono perlomeno tre importanti obiettivi: quello della ridefinizione della sanità territoriale, attraverso un investimento su modelli di prestazione e formule organizzative che promuovono la prossimità delle cure, quello della promozione di ricerca e innovazione e quello dell'ammmodernamento, rafforzamento e digitalizzazione.

Partiamo dall'ultimo per risalire verso il primo, al fine dedicare ad esso la parte più corposa di questo contributo, dal momento che rappresenta il cuore della riforma e i problemi più interessanti sembrano porsi proprio con riferimento alle scelte in esso contenute.

6 D.l. 22 marzo 2021, n. 41, e d.l. 25 maggio 2021, n. 73.

7 Per considerazioni sulla più generale "idea" di Pubblica Amministrazione ricavabile dal PNRR, cfr. E. Carloni, *Quale idea di pubblica amministrazione tra emergenza e Piano di ripresa e resilienza: note critiche*, in Astrid-Rassegna, 330, 2021, pp. 1-30.

8 Il PNRR identifica le seguenti criticità del sistema sanitario: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari.

2. AGGIORNAMENTO TECNOLOGICO E DIGITALE

Nel quadro delle misure relative all'aggiornamento tecnologico e digitale, un primo specifico finanziamento è dedicato all'ammodernamento dei macchinari diagnostici a disposizione degli ospedali. L'intento è quello di sostituire le grandi apparecchiature, come TAC, macchinari per la risonanza magnetica, mammografi ed altri, che presentano un elevato grado di obsolescenza, e acquisirne in numero maggiore, per dotare di adeguata strumentazione anche le strutture che ne siano carenti.

Un importante intervento tecnologico, prima ancora che organizzativo, riguarda poi il potenziamento dei posti letto in terapia intensiva e semintensiva⁹, che richiede l'acquisto di dotazioni attrezzate, oltre che, naturalmente, l'assunzione di personale medico e infermieristico professionalmente competente. Si tratta di misure che intendono dare attuazione a quanto già previsto dall'art. 2 del decreto legge n. 34/2020¹⁰ e che mirano a rimediare a precedenti decisioni sulla dotazione di posti letto, il cui esito ha messo in grave difficoltà il nostro sistema sanitario per tutta la prima fase della pandemia¹¹. Resta però il nodo irrisolto dell'incremento di personale, che appare necessario a sostenere l'aumentata capacità di servizio, ma del quale il Piano non si fa carico, con il rischio di vanificare l'intento degli investimenti¹².

Altre risorse sono dedicate all'incremento dei mezzi di trasporto sanitari e all'ammodernamento dei Pronto Soccorso, essenziale, quest'ultimo, per rendere strutturale la separazione dei percorsi di primo soccorso e eventuale accesso alla struttura ospedaliera, in modo da evitare il più possibile, per il futuro, il riproporsi del problema del contagio intra-sanitario. Per quanto riguarda gli edifici che ospitano le strutture ospedaliere, un investimento è infine dedicato alla loro sicurezza e in particolare all'adeguamento alle vigenti norme in materia di co-

9 L'investimento prevede l'aumento di 3.500 posti letto per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti e di 4.225 in terapia semi-intensiva. Si consideri che prima dell'emergenza nel nostro Paese la media di posti letto ogni 1.000 abitanti era di 0,08, mentre in Germania era all'incirca 0,34 e in Francia 0,16. Si veda in proposito lo studio dell'Istituto di statistica tedesco, Destatis, *High hospital bed density in Germany compared with other countries*, https://www.destatis.de/EN/Press/2020/04/PE20__119__231.html

10 A. Pioggia, *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5, 2020, p. 561.

11 Ministro della Salute, Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.

12 La questione delle risorse di personale operante in sanità nel nostro Paese si è posta anche in corrispondenza dei tagli e dei blocchi alle assunzioni che negli ultimi due decenni hanno toccato tutta l'amministrazione pubblica, compresa quella sanitaria. Da tempo, ad esempio, l'OCSE segnala come in Italia il numero degli infermieri sia al di sotto della media europea, OCSE, *Italia: Profilo della sanità 2019*, <https://www.oecd.org/publications/italia-profilo-della-sanita-2019-571dd841-it.htm>.

struzioni in area sismica¹³. Una scelta necessaria questa, anche in considerazione della natura strategica delle strutture ospedaliere proprio in caso di calamità, ivi comprese quelle derivanti da eventi sismici, e dell'importanza, quindi, di poter contare sulla loro sicurezza, sia a tutela di coloro che vi sono già ospitati, sia a garanzia del soddisfacimento dei bisogni di cura e intervento che inevitabilmente aumentano in tali occasioni.

L'altro grande investimento riguarda il digitale¹⁴ e, in particolare, i dati sanitari e ha di mira il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi degli stessi. Come è stato variamente segnalato¹⁵, una buona disponibilità di dati, ma soprattutto una migliore capacità di raccolta e di elaborazione degli stessi, in particolare nella primissima fase della pandemia, avrebbe consentito di rilevare tempestivamente i pericoli per la salute della collettività e dei singoli e di organizzare in maniera rapida una più efficace risposta. Così non è stato nel nostro Paese anche per lo scarso sviluppo di una infrastruttura tecnologica che stenta a consolidarsi.

Di qui l'opportuno investimento da parte del PNRR, che si articola essenzialmente in due azioni. La prima riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e mira, innanzi tutto, ad aumentarne la diffusione¹⁶. Mentre, infatti, la realizzazione da parte delle regioni dei singoli servizi che dovevano dare attuazione al FSE è soddisfacente in tutto il territorio nazionale, con piccoli ritardi solo da parte di Umbria, Liguria, Piemonte e Basilicata, l'impiego di tale strumento è ancora molto differenziato a livello regionale. I dati che monitorano il suo utilizzo da parte dei cittadini e relativi all'ultimo trimestre del 2021, vanno da valori elevatissimi per Emilia Romagna, Lazio e Sardegna, che attestano un impiego fra il 90% della prima e il 100% per le ultime due, a quelli di Umbria, Piemonte, Marche, Molise, Campania, Basilicata, Abruzzo e Province Autonome, che denunciano un utilizzo assente o comunque inferiore al 10%¹⁷. Per migliorare l'adesione a questo importante strumento si prevedono diverse misure, come la definizione un'interfaccia utente standardizzata e l'incremento dei servizi che il FSE dovrà fornire. L'obiettivo è quello di arrivare ad una diffusione e ad un impiego capillare di questo stru-

13 Sulla base di una ricognizione puntuale condotta dal Ministero della salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 116 interventi in strutture ospedaliere per l'adeguamento degli edifici alle normative antisismiche.

14 Per una illustrazione della centralità assunta dalla digitalizzazione nell'organizzazione della sanità, v. C. Bottari, *La tutela della salute: lavori in corso*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 317 ss., che dedica un capitolo, l'ottavo, alla sanità digitale.

15 Si veda, ad es., M. Falcone, *La crisi del Covid-19 come crisi conoscitiva del sistema amministrativo italiano*, in *Ianus*, 2020.

16 A. Pioggia, *Il Fascicolo sanitario elettronico: opportunità e rischi dell'interoperabilità dei dati sanitari*, a cura di R. Cavallo Perin, Rubettino, Torino, 2021, p. 215.

17 I dati sono consultabili in <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/monitoraggio/bc>, dove si dà conto del monitoraggio periodico effettuato in proposito dall'Agenzia per l'Italia Digitale e il Ministero della Salute.

mento, al fine di farne il principale modo di accesso ai servizi da parte dei pazienti, la essenziale base di dati per i professionisti sanitari con riferimento a ciascun paziente, ma anche lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie potranno effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari.

Accanto alle misure relative al FSE, è previsto uno specifico investimento a favore di un rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Si tratta dell'infrastruttura del Ministero della salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione, istituita nel 2000¹⁸, e che rappresenta, già oggi, il più importante patrimonio di dati sanitari a livello nazionale. Il progetto contenuto nel PNRR prevede il potenziamento della parte tecnologica, ma anche il miglioramento della raccolta dei dati, oggi prevalentemente relativi all'efficienza delle prestazioni, al loro volume e alla spesa. L'obiettivo, infatti, è quello di ampliare la capacità di rilevazione dello stato di salute della popolazione, anche nella prospettiva, la cui importanza, come sottolineato, è stata resa evidente dalla pandemia, della previsione dei futuri scenari di salute e della risposta tempestiva alle nuove malattie emergenti¹⁹. Fra gli interventi in materia di digitalizzazione, infine, è prevista anche la creazione di una piattaforma nazionale per i servizi di telemedicina, sui quali, anche nella prospettiva della riforma dell'assistenza territoriale, si mostra di voler molto investire. Ma di questo si dirà più avanti.

3. FORMAZIONE, RICERCA SCIENTIFICA E TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Nella prospettiva della promozione della ricerca funzionale ad aprire la strada a nuove soluzioni di tutela della salute, il PNRR investe sul potenziamento della ricerca biomedica, in particolare favorendo il trasferimento tecnologico fra ricerca e impresa e incrementando gli studi sulle malattie rare e gravemente invalidanti. Con lo specifico intento di ridurre la distanza fra risultati della ricerca e la loro applicazione industriale ci si propone di finanziare progetti "proof of concept", ovvero che prevedano la realizzazione di prototipi idonei alla commercializzazione e contemplino anche una riduzione dei rischi per i potenziali investitori di mercato. Con riferimento a quest'ultima misura, considerato il fatto che si inserisce in un piano di investimenti sulla ricerca biomedica, non si può non segnalare il rischio che finanziamenti pubblici sulla ricerca, come sono quelli di cui qui si tratta, finiscano per avvantaggiare l'impresa privata, senza adeguati ritorni in termini di garanzia per il pubblico e, di conseguenza, per la collettività. L'esperienza del finanziamento della ricerca per i vaccini contro il Covid-19 ha dimostrato che,

¹⁸ Ai sensi dell'articolo 87 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001).

¹⁹ Sulle potenzialità dell'uso dei dati in sanità si v. M. Falcone, *Le potenzialità conoscitive dei dati amministrativi nell'era della "rivoluzione dei dati": il caso delle politiche di eradicazione dell'epatite C, in Istituzioni del federalismo*, 2, 2017, p. 26.

pur essendo lo sfruttamento commerciale un fattore ovviamente incentivante la ricerca privata, quando questo riguardi farmaci o strumenti essenziali per la cura e prevenzione di malattie gravi o molto diffuse, se non temperato da misure pubbliche, può fornire alle grandi imprese un potere difficilmente contrastabile dagli stessi Stati²⁰.

Nel campo della formazione e del rafforzamento delle competenze del personale che opera in sanità, anche in corrispondenza con il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica, il PNRR prevede investimenti in tre ambiti.

In primo luogo si intende rafforzare la medicina di base, con riferimento alla quale è disposto l'aumento delle borse, perlomeno per tre cicli triennali di formazione.

Un ulteriore importante intervento concerne le infezioni ospedaliere e riguarda la formazione di personale sanitario e non. La diffusione di patologie infettive che vengono contratte in ambiente ospedaliero non riguarda solo la stringente attualità e i drammatici effetti del contagio da Covid-19, esteso, soprattutto all'inizio, a persone ricoverate, la cui salute, quindi, era già parzialmente compromessa, ma, più in generale, un fenomeno che anche prima della pandemia aveva numeri importanti. Da uno degli ultimi studi, relativo al 2016²¹, è emerso che in Italia circa l'8% delle persone ricoverate in una struttura per acuti contraggono almeno una infezione in ambiente sanitario. La prevenzione è essenziale e passa anche per una adeguata formazione di tutto il personale all'impiego di protocolli di sicurezza adeguati. Non c'è dubbio che operatori preparati a gestire i rischi biologici avrebbero meglio protetto la propria e l'altrui salute anche in occasione dell'insorgere della pandemia.

Sempre in tema di formazione, il Piano prevede l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze manageriali per professionisti del Servizio sanitario. L'intento è quello di legare agli investimenti sull'innovazione delle infrastrutture digitali e tecnologiche e alle riforme della sanità territoriale di cui si dirà, una aumentata capacità di gestione di chi sarà chiamato a governare tali processi dall'interno dell'amministrazione. Un'ultima misura dedicata al personale riguarda l'incremento dei contratti di formazione specialistica, utile per affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione previsto, e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti sanitari. Alla luce di questa finalità, dichiarata testualmente dal PNRR, sorprende ancor di più la già segnalata mancanza di previsioni dedicate alle assunzioni nella sanità pubblica.

²⁰ Per più un articolato ragionamento relativo al rapporto fra potere pubblico e poteri privati in campo farmaceutico si rinvia a A. Pioggia, *Il potere pubblico e il suo diritto nella regolazione dei farmaci: storia di un arretramento verso una regolazione senza diritti*, in *Diritto pubblico*, 3, 2021, p. 961.

²¹ Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, *Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti - Protocollo ECDC*, Università di Torino, 2018.

Nell'ambito delle misure previste nella seconda componente della Missione salute è presente anche una riforma, quella relativa alla rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS, che dovrà trovare spazio in un decreto legislativo entro la fine del 2022.

Gli IRCCS sono ospedali che hanno ottenuto il riconoscimento del “carattere scientifico” e che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. In tali strutture convivono ricerca e prestazione, in modo che i risultati della prima possano essere immediatamente traslati nella seconda e che l'attività prestazionale possa, a sua volta, essere occasione di sperimentazione e consolidamento delle acquisizioni della ricerca. Questo rende gli IRCCS non solo realtà in cui si realizzano progetti di ricerca di alto livello, ma anche ospedali di eccellenza, spesso specializzati nel trattamento di patologie particolarmente gravi e di elevato impatto sociale, quali i tumori o le malattie cardiovascolari. Pur essendo enti operanti in ambito regionale, ad essi l'ordinamento riconosce, oltre a specifici finanziamenti, una “rilevanza nazionale”. Da ciò discende una partecipazione del Ministero della salute alla nomina degli organi e una potestà ministeriale di vigilanza, anche al fine di garantire la qualità della ricerca da essi svolta e la sua finalizzazione all'interesse pubblico con una diretta ricaduta sull'assistenza. Ferma restando la loro natura pubblica, gli IRCCS possono essere trasformati in fondazioni ed aperti alla partecipazione di soggetti pubblici e privati.

La riforma prevista dal PNRR prevede, innanzi tutto, una differenziazione degli IRCCS a seconda delle loro attività, e la creazione di una rete fra di essi, anche per facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra questi e le altre strutture del Servizio sanitario nazionale. L'ultimo aspetto dell'annunciata riforma riguarda il sistema di governance di questi istituti e la responsabilizzazione del direttore generale e del direttore scientifico in ordine ai risultati da conseguire.

4. LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE: LE CASE DI COMUNITÀ E GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ

Veniamo ora alle misure contemplate nella prima componente della missione “Salute” e con esse al prospettato investimento organizzativo sull'assistenza territoriale²². La riforma prevista e l'insieme degli investimenti programmati hanno tutti l'obiettivo di rafforzare l'organizzazione dei servizi erogati sul territorio che si baserà su tre pilastri: Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Assistenza Domiciliare Integrata.

La prima soluzione organizzativa proposta, quella relativa all'istituzione delle Case di Comunità, sviluppa con significativi profili di novità un'idea che aveva

²² Sull'organizzazione territoriale della sanità si veda C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Rimini, 2016.

preso forma già quindici anni fa quando, con un Decreto del Ministero della Salute²³, si era introdotta una “sperimentazione del modello assistenziale case della salute”. Alcune realtà regionali²⁴ avevano accolto la sfida e realizzato, prima sperimentalmente e poi, in alcuni casi, in via definitiva, questa soluzione organizzativa, che prevede l’aggregazione funzionale dei professionisti che si occupano dell’assistenza primaria²⁵ e l’offerta di un servizio attivo nelle 24 ore e per tutti i giorni della settimana. Su questa base si era inserita la riforma del 2012, il cosiddetto Decreto Balduzzi²⁶, che, proprio con l’idea del rafforzamento dell’assistenza territoriale, stimolava l’ampliamento delle professionalità da coinvolgere nella Casa della Salute e l’integrazione con i servizi sociali. A tali previsioni, tuttavia, era seguita una attuazione debole e diseguale, complice anche la riduzione delle risorse annualmente a disposizione della sanità.

L’investimento sulle Case della Comunità effettuato con il PNRR²⁷ si presta ad essere l’occasione per sviluppare questa pur parziale esperienza nella direzione di un effettivo protagonismo della persona e della comunità nell’organizzazione territoriale. I presupposti, infatti, sembrano essere presenti. In primo luogo, analogamente alle soluzioni “migliori” già sperimentate in alcune realtà regionali, accanto ai medici di medicina generale, ai pediatri e ai medici specialisti, saranno presenti infermieri di comunità ed è prevista anche la possibile presenza di assistenti sociali. In particolare queste due ultime figure si prestano a completare quella presa in carico complessiva della persona bisognosa, che ancora troppo frequentemente manca nel nostro sistema sanitario, spesso frammentato anche a livello territoriale, in cui è l’utente che deve comporre i servizi intorno ai propri bisogni, scontrandosi spesso con rigidità e vincoli di carattere essenzialmente burocratico. La compresenza di professionalità non solo mediche, ma anche infermieristiche, sanitarie e socio sanitarie, unitamente alla costituzione della Casa della Comunità come punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie e alla possibile presenza in essa anche di servizi sociali e assistenziali, dovrebbe poter superare la frammentazione attuale e consentire la costruzione di servizi intorno alle necessità della persona. L’altro aspetto, relativamente al quale la Casa della Comunità potrebbe fare la differenza rispetto al quadro presente, riguarda la dimensione per l’appunto comunitaria della salute. Una dimensione che, pur avendo avuto una storica rilevanza nella fase di costruzione anche culturale e simbolica della sanità italiana, è stata abbandonata completamente da almeno tre decenni. Basta pensare al declino dei consultori, che avrebbero dovuto rap-

23 Il DM Salute, 10 Luglio 2007, attuativo della Legge 27 Dicembre 2006 n. 296.

24 Toscana, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lazio.

25 Essenzialmente medici di medicina generale e specialisti ambulatoriali e, in alcune esperienze, il medico dell’emergenza.

26 Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012.

27 L’investimento consiste nell’attivazione di circa 1.280 Case della comunità, da realizzarsi ri-convertendo strutture già esistenti o costruendo nuovi spazi, nei prossimi 5 anni.

presentare il luogo in cui le collettività si riappropriavano della propria salute, e che, mai realizzati nei numeri previsti, si sono andati assottigliando e hanno presto perduto la loro funzione comunitaria, o alla dimensione collettiva che in una pionieristica fase si era immaginato avrebbe potuto avere la cura delle persone con patologia psichiatrica. Certamente una delle prime ragioni della perdita della prospettiva di una salute di comunità è da ricercarsi nello schiacciamento sulla dimensione strettamente economica e produttiva dei servizi, che si è determinato con l'aziendalizzazione degli anni '90 e con il progressivo spostamento dell'attenzione dai servizi ai volumi di attività prestazionale e ai loro costi.

La soluzione organizzativa promossa dal PNNR, che significativamente qualifica le Case come "di Comunità", arriva dopo un periodo come quello pandemico in cui è tornato drammaticamente visibile il tema della dimensione collettiva della salute, non solo nei termini "medici" della prevenzione, della promozione di stili di vita salutari, della vaccinazione, e così via, ma anche come questione sociale in cui i comportamenti della collettività incidono sulla salute comune e, al tempo stesso, la definiscono nel quadro di una più ampia idea di società²⁸.

Perché le Case della Comunità possano dirsi veramente tali, tuttavia, è importante che sin dall'individuazione delle strutture che potranno ospitarle, e poi via via fino alla definizione delle loro funzioni e delle attività che vi si svolgeranno, si sviluppi una visione della sanità pubblica in grado di superare l'approccio solo economico produttivo in cui si è chiusa in questi ultimi decenni e si proceda con modalità partecipate, in grado di includere la comunità nel processo della loro realizzazione²⁹. Solo in questo modo si potrà andare oltre la semplice aggregazione di servizi in cui altrimenti rischia di risolversi questa impresa. Di partecipazione e coinvolgimento degli enti locali, dei portatori di interessi e delle parti sociali, del resto, tratta espressamente la Raccomandazione della Commissione Europea rivolta al Governo italiano in occasione della proposta al Consiglio europeo di approvazione del PNRR italiano³⁰, ma di processi di questo tipo, ancora non si vede traccia.

L'altro "pilastro" organizzativo del potenziamento dell'assistenza territoriale riguarda le cure intermedie, ovvero quelle prestazioni di cura che si collocano a valle degli interventi ospedalieri e prima del rientro a domicilio. Spesso questo tipo di prestazioni viene erogato in ambito ospedaliero in una situazione di inappropriata organizzativa, che deriva dal fatto che la persona non ha più bisogno dell'intensità di cura che ha determinato l'inizio del ricovero, ma non può ancora essere dimessa a domicilio. La mancanza di strutture cosiddette in-

28 M. Nocelli, *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in www.giustizia-amministrativa.it - *dottrina*, 2020, p. 1.

29 A.R. Favretto, *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, a cura di R. Balduzzi, Il Mulino, Bologna, 2007, p. 165.

30 "Per garantire la responsabilizzazione dei soggetti interessati, è fondamentale coinvolgere tutte le autorità locali e tutti i portatori di interessi, tra cui le parti sociali, durante l'intera esecuzione degli investimenti e delle riforme inclusi nel piano".

termedie, in cui poter ricevere cure di minore intensità, di fatto prolunga il ricovero con costi economici, ma anche con effetti sulla minore capacità di servizio, derivanti dalla troppo lunga occupazione di un posto letto. L'investimento sulla medicina territoriale contempla quindi opportunamente anche la realizzazione di Ospedali di Comunità che offrono cure di bassa intensità e breve durata. Il Piano prevede l'attivazione di circa 380 strutture, ciascuna dotata di 20 posti letto, un intervento che porterà all'attivazione di circa 7.600 posti in più rispetto alla scarsa offerta esistente oggi.

5. L'ASSISTENZA DOMICILIARE

Le appena richiamate misure di rafforzamento della sanità territoriale trovano completamento nell'investimento su una precisa tipologia di servizio, che rappresenta il cuore della riforma: l'assistenza domiciliare integrata, ADI³¹.

Il Ministro della salute, nel presentare a settembre del 2020 la sua proposta per l'impiego delle risorse del Recovery fund, ha significativamente formulato il principio della "casa come primo luogo di cura". Un'idea ribadita a maggio quando lo stesso Ministro ha individuato tale principio come "la chiave fondamentale" della riforma sanitaria. In questa occasione si è indicato anche un obiettivo ambizioso: "diventare il primo paese in Europa per assistenza domiciliare". Germania e Svezia hanno circa il 9% di over 65 assistiti a casa, l'Italia attualmente (anche grazie alle misure sostenute dal Decreto rilancio³²) è al 6%. L'idea per il nostro Paese, ribadita anche come specifico obiettivo del PNRR, è quella di superare il 10%.

Istituita a livello nazionale quasi un trentennio fa, l'ADI è stata più recentemente ridisegnata dal decreto sui Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie del 2017³³, che ha stabilito che il Servizio sanitario nazionale "garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita". A seconda dell'intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano in quattro livelli di crescente impegno dei servizi, e possono essere integrate da prestazioni di assistenza sociale in caso di particolare fragilità economica della persona assistita.

Nella Missione salute del PNRR, ci si pone, come appena ricordato, l'ambizioso obiettivo dell'aumento del numero di persone assistite a domicilio e, a questo

31 Su cui, da ultimo, M.A. Sandulli (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021.

32 Articolo 1, c. 4 del d.l. 19 maggio 2020, n. 34.

33 DPCM, 12 gennaio 2017.

fine e all'ulteriore scopo di rafforzare questa tipologia di assistenza, si dispone una riorganizzazione e reingegnerizzazione delle modalità di fornitura di servizi sanitari a domicilio attraverso lo sviluppo di soluzioni digitali innovative, che dovrebbero contemplare, oltre alla telemedicina, anche l'impiego di strumenti di intelligenza artificiale³⁴. A questo si lega anche la previsione dell'attivazione in ogni Azienda sanitaria territoriale di un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale e l'istituzione in ogni distretto di una Centrale Operativa Territoriale (COT), con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando il collegamento con gli ospedali e con la rete di emergenza-urgenza.

Il quadro di sanità territoriale che ne emerge vede, quindi, al centro del sistema le cure domiciliari, immaginate come terminali di erogazione in una rete di servizi che, grazie alla telemedicina (tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio, tele-refertazione), raggiunge capillarmente l'abitazione delle persone assistite. L'obiettivo è quello di erogare sempre più prestazioni a domicilio, migliorando la qualità della vita degli assistiti. Oltre a questo, l'assistenza domiciliare può essere funzionale anche a prevenire l'aggravamento di patologie croniche e tipiche dell'invecchiamento, in modo da assicurare un migliore stato di salute alle persone e da limitare ricoveri ospedalieri inappropriati, accessi al pronto soccorso evitabili e, nella misura in cui è possibile, la lunga degenza in strutture residenziali.

In un quadro epidemiologico e demografico come quello attuale, che colloca il nostro Paese fra i più longevi del mondo, anche se in posizione più bassa nella graduatoria dell'invecchiamento in buona salute, un investimento sulle cure a domicilio è certamente essenziale. Peraltro si tratta di una misura pienamente in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019³⁵, con quanto previsto nel Piano nazionale cronicità 2016³⁶ e che si presta a valorizzare l'esperienza maturata durante la pandemia attraverso l'istituzione e l'impiego delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

6. I RISCHI DI UN INVESTIMENTO SUI NUMERI DELLA DOMICILIARITÀ SENZA UNA RIFORMA DEI SERVIZI

Se l'incremento delle cure domiciliari è un obiettivo da salutarsi con favore nel quadro di un investimento sulla sanità territoriale certamente necessario nel no-

34 G. Mancini Palamoni, *Intelligenza artificiale e sanità: spunti, preoccupazioni e prospettive*, in *La salute del futuro. Prospettive e nuove sfide del diritto sanitario*, a cura di C. Bottari, Bologna University Press, Bologna, 2020, p. 245.

35 Commissione Europea, *Raccomandazione di Raccomandazione del Consiglio sul programma nazionale di riforma 2019 dell'Italia e che formula un parere del Consiglio sul programma di stabilità 2019 dell'Italia*, COM(2019)512.

36 Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, *Piano Nazionale della Cronicità 2016*.

stro Paese, non si possono tuttavia trascurare i pericoli che potrebbero discendere da un aumento del numero di persone assistite a domicilio, senza che a questo si accompagni un significativo investimento anche sulla qualità, quantità e uniformità delle prestazioni fornite in tale *setting* assistenziale.

Una prima questione da affrontare è quella dell'intensità delle cure, ovvero del tipo di assistenza fornita a domicilio in termini di quantità e tipologia di servizi. L'assistenza domiciliare integrata, così come è oggi effettivamente erogata, riguarda quasi esclusivamente la bassa intensità di cura. Dall'ultimo annuario statistico del Ministero della Salute ricaviamo come l'ADI abbia riguardato, nel 2018, il 6% delle persone anziane con una malattia cronica o in condizioni di non autosufficienza, per una media di 18 ore all'anno ciascuno. Le prestazioni erogate sono in gran parte costituite da servizi infermieristici offerti a pazienti in situazioni particolarmente critiche, ad esempio dopo un ricovero o nella fase terminale di una malattia, e non certo pensate come alternativa vera al ricovero. Ne discende che la gran parte del peso assistenziale grava sulle famiglie. Nel nostro paese, in più della metà dei casi (64%), è, infatti, proprio la famiglia a occuparsi della cura e dell'assistenza della persona anziana affetta da patologie croniche. Come può leggersi nel documento "Sostenibilità del S.S.N." redatto dalla Commissione Igiene e sanità del Senato nel 2018, l'Italia è il paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili, con il supporto dei figli (89% dei casi) e di caregiver professionali (60%), le cosiddette "badanti", in molti casi assunte senza un regolare contratto.

Le conseguenze di un simile quadro sono diverse e tutte altamente problematiche.

Una prima ricaduta negativa riguarda l'effettività del diritto alla salute. Far gravare sulla famiglia l'onere di assicurare tutta una serie di prestazioni di cura, che non sono solo igiene e nutrizione, ma riguardano la somministrazione di farmaci, di ossigeno, la disinfezione degli accessi venosi, di peg e cateteri, il monitoraggio di temperatura, della saturazione, dello stato delle lesioni cutanee ecc..., espone la persona malata ai pericoli di un trattamento non pienamente adeguato ai suoi bisogni di salute, perché effettuato da persone che non hanno la professionalità necessaria. Questo deficit di effettività si traduce anche in una grave forma di diseguaglianza. Chi può permettersi cure domiciliari private a pagamento, che supportino l'attività dei caregiver volontari, è certamente avvantaggiato rispetto a chi, per motivi economici o altre condizioni di svantaggio non è in grado di ricorrere al mercato. Si tratta di una forma di diseguaglianza particolarmente odiosa, dal momento che colpisce più duramente i fragili fra i fragili: chi è più malato, rispetto a chi si trova in condizioni meno gravi; chi è meno supportato da una rete familiare e sociale solida, rispetto a chi è ben inserito in un sistema di relazioni forti; chi si trova in condizioni economiche di maggiore difficoltà, rispetto a chi ha una pensione o un reddito familiare maggiore, e così via. Ma le conseguenze non ricadono solo sulla persona malata, coinvolgono anche la famiglia e la rete di relazioni in maniera significativa. Dal Rapporto Censis 2017 ricaviamo

che “ben il 51,4% delle famiglie con una persona non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure più soffre sul piano economico”. Le ricadute sulla rete familiare non sono però solo economiche. Spesso le flessibilità orarie consentite dalla legge³⁷ non sono sufficienti a poter coordinare attività lavorativa e cura della persona malata assistita a domicilio, così si è costretti a lasciare il lavoro o rinunciare a progressioni di carriera per continuare a sostenere i propri cari in casa. A farne le spese sono prevalentemente le donne, con una ulteriore conseguenza in termini di disparità di genere. Qualche segnale di attenzione verso il sostegno alla domiciliarità viene dalla legge di bilancio per il 2022, l. n. 234 del 2021, che dedica i commi da 162 a 164 dell'articolo 1 al sostegno da parte dei servizi sociali alla permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti o comunque bisognose di supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana. Si tratta di misure di carattere sociale, che forniscono un supporto alla persona e alla famiglia, e che, pur rappresentando un indubbio passo avanti, richiedono comunque di essere ulteriormente rafforzate, a prezzo, altrimenti, di non modificare nella sostanza il quadro come appena descritto

Una seconda questione da considerare, nel momento in cui si intende fare della casa “il primo luogo di cura”, riguarda le differenziazioni regionali. I dati prestazionali sono di per se stessi significativi. Basta guardare al tasso di persone anziane assistite in ADI nel 2016, riguardo al quale si va dagli 0,1 assistiti ogni 100 abitanti di Calabria e Valle d'Aosta, ai 1,2 e 1,1 rispettivamente della Provincia Autonoma di Trento e dell'Emilia-Romagna³⁸; o ancora al numero di ore dedicate al singolo assistito domiciliarmente, che, nel 2013, andavano dalle 7 e 8 ore all'anno per caso trattato in Friuli Venezia Giulia e Toscana, alle 54 del Molise. Anche i dati sulla spesa sono significativi di un diverso investimento su tale modalità assistenziale: osservando la spesa per singolo caso trattato nel 2017, a fronte di un dato sul complesso delle regioni di 1.872 euro per presa in carico, il valore oscilla tra i 679 euro del Veneto e i 6.200 euro della Calabria³⁹.

Se poi dai dati passiamo ai modelli organizzativi, troviamo ulteriori difformità, che riguardano la gestione dei rapporti con il privato accreditato, con il terzo settore, con i Comuni, le modalità di erogazione dei servizi o, ancora, la ripartizione del budget. Importanti differenze resistono nelle modalità dell'integrazione socio sanitaria, spesso scarsamente governata a livello regionale e rimessa alla buona volontà degli enti coinvolti. Si va da regioni come il Veneto in cui le funzioni sociali sono delegate alle ASL, a realtà, molto più frequenti, in cui ASL e

37 Essenzialmente la legge 5 febbraio 1992, n. 104, *Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

38 I dati sono ricavati da L.D. Vetrano, K. Vaccari, *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, in *ItaliaLongeva*, 2017.

39 M. Noli, *I servizi domiciliari*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 7° Rapporto 2020/2021*, a cura di NNA Network Non Autosufficienza, Maggioli, Rimini, 2021, pp. 36 ss.

Comuni si muovono in modo autonomo, rispondendo separatamente ai bisogni sanitari e a quelli sociali degli assistiti. Anche all'interno della stessa regione le risposte possono essere diverse a seconda della dimensione e quindi anche della capacità di intervento dei comuni di volta in volta considerati. Altre differenze riguardano i rapporti fra distretto e medici di medicina generale nella gestione dell'ADI o, ancora, le prestazioni erogate a seconda dei diversi livelli di intensità dell'assistenza: solo per fare un esempio, nella stessa regione una azienda territoriale può prevedere l'assistenza fisioterapica a domicilio e un'altra richiedere che sia la persona a doversi recare nei locali dell'azienda per poterne usufruire. Queste differenze, apparentemente piccole, per le persone fragili, magari affette da disabilità gravissime, possono incidere sulla concreta possibilità o meno di godere della prestazione.

Infine, scelte molto differenti riguardano il rapporto con il privato accreditato. In alcune regioni come Veneto, Trentino Alto Adige, Emilia Romagna, la quasi totalità delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente dal distretto che si rapporta con il Medico di Medicina Generale; in altre realtà, come, ad esempio, il Lazio o la Lombardia, la maggior parte dei servizi è erogata da soggetti privati accreditati.

Quanto sopra considerato dipinge un quadro problematico, l'intervento sul quale non può limitarsi ad un pure importante investimento sulla telemedicina nella prospettiva di un significativo incremento del numero delle persone assistite a domicilio. Se non accompagnato da un importante ripensamento del servizio, in termini di intensità di assistenza, di uniformità territoriale e complessivamente di capacità di presa in carico effettiva, il rischio è che l'obiettivo della "casa come primo luogo di cura" si traduca in una amplificazione delle diseguglianze fra persone malate, ma anche fra chi si prende cura di esse e chi non deve sostenere tale carico.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bottari C., De Angelis P. (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Rimini, 2016.

Bottari C., *La tutela della salute: lavori in corso*, Giappichelli, Torino, 2020.

Carloni E., *Quale idea di pubblica amministrazione tra emergenza e Piano di ripresa e resilienza: note critiche*, in *Astrid-Rassegna*, 330, 2021, pp. 1-30.

Caruso E., *Oltre il mattone, quali prospettive per la sanità*, in *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2021*, a cura di Arachi G., Baldini M., Toso S., il Mulino, Bologna, 2022 (in corso di pubblicazione).

Falcone M., *Le potenzialità conoscitive dei dati amministrativi nell'era della "rivoluzione dei dati": il caso delle politiche di eradicazione dell'epatite C*, in *Istituzioni del federalismo*, 2, 2017, pp. 421-446.

- Falcone M., *La crisi del Covid-19 come crisi conoscitiva del sistema amministrativo italiano*, in *Ianus*, 2020.
- Favretto A.R., *Diritti, culture della salute e partecipazione*, in *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, a cura di Balduzzi R., Il Mulino, Bologna, 2007, pp. 165-180.
- Mancini Palamoni G., *Intelligenza artificiale e sanità: spunti, preoccupazioni e prospettive*, in *La salute del futuro. Prospettive e nuove sfide del diritto sanitario*, a cura di Bottari C., Bologna University Press, Bologna, 2020, pp. 254-268.
- Noccelli M., *La lotta contro il coronavirus e il volto solidaristico del diritto alla salute*, in *www.giustizia-amministrativa.it - dottrina*, 2020.
- Noli M., *I servizi domiciliari*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - 7° Rapporto 2020/2021*, a cura di NNA Network Non Autosufficienza, Maggioli, Rimini, 2021, pp. 33-52.
- Sandulli M.A. (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021.
- Pioggia A., *Il decreto "Rilancio". Sanità e sicurezza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 5, 2020, pp. 561-567.
- Pioggia A., *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, pp. 385-403.
- Pioggia A., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, n. speciale, 2020, pp. 17-27.
- Pioggia A., *Il Fascicolo sanitario elettronico: opportunità e rischi dell'interoperabilità dei dati sanitari*, in *L'amministrazione pubblica con i big data*, a cura di Cavallo Perin R., Rubettino, Torino, 2021, pp. 215-224.
- Pioggia A., *Il potere pubblico e il suo diritto nella regolazione dei farmaci: storia di un arretramento verso una regolazione senza diritti*, in *Diritto pubblico*, 3, 2021, pp. 961-998.
- Vetrano L.D., Vaccari K., *La babele dell'assistenza domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa*, in *ItaliaLongeva*, 2017.