

Dott. Carlo Ciardo
Dottore di ricerca in diritto dell'Economia e del Mercato
Università del Salento

LE NORMATIVE NAZIONALI E LE SCELTE REGIONALI ALL'ORIGINE RUOLO (MANCATO) DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE DAVANTI ALLA PANDEMIA DEL COVID-19

1. La sanità italiana alla prova del Covid-19 oltre l'assistenza ospedaliera. – 2. L'assistenza primaria in Italia con l'istituzione del SSN. – 3. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale con le riforme degli anni '90. – 3.1. L'Assistenza territoriale nei LEA e nei Piani Sanitari Nazionali. I D.P.C.M. 29.11.2001 e 12.01.2017. – 3.2. L'assistenza territoriale nei Piani Sanitari Nazionali. – 4. Le scelte delle Regioni nell'organizzazione della sanità territoriale. Alcuni esempi. – 4.1. Emilia Romagna – 4.2. Lombardia. – 4.3. Veneto. – 4.4. Il *patchwork* delle scelte regionali. – 5. Le lacune dell'assistenza territoriale messe a nudo dal Covid-19.

1. La sanità italiana alla prova del Covid-19 oltre l'assistenza ospedaliera.

L'emergenza pandemica dettata dal Covid-19 ha messo a dura prova un Servizio Sanitario Nazionale già reduce da oltre un decennio di sottofinanziamento³⁸.

La comunicazione pubblica, specie nel periodo di maggiore picco del contagio e di acme del ricovero presso le strutture ospedaliere (specie in alcune regioni del Nord, *in primis* la Lombardia), ha focalizzato l'attenzione sulle criticità dell'assistenza ospedaliera, con riferimento alla penuria di posti letto in particolar modo nei reparti di terapia intensiva. Tale ottica visuale ha, però, trascurato l'ulteriore lato della medaglia legato all'assistenza territoriale, alle cure primarie, cioè a tutto un reticolo socio assistenziale che è stato fortemente attaccato dall'emergenza Covid-19, ma che, in larga misura, si è trovato impreparato rispetto all'impatto che il virus ha avuto sul territorio.

³⁸ Una sintesi in tal senso si evince dal Rapporto GIMBE 2019: *“Il finanziamento pubblico è stato decurtato di oltre € 37 miliardi, di cui circa 25 miliardi nel 2010-2015 per tagli conseguenti a varie manovre finanziarie ed oltre 12 miliardi nel 2015-2019, quando alla Sanità sono state destinate meno risorse di quelle programmate per esigenze di finanza pubblica. In termini assoluti il finanziamento pubblico in 10 anni è aumentato di 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%). I dati OCSE aggiornati al luglio 2019 dimostrano che l'Italia si attesta sotto la media sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i Paesi dell'Europa orientale oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. Nel periodo 2009-2018 l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%”*
https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamento_SSN.pdf

Vi è stata una larga fascia della popolazione, composta per lo più da pazienti contagiati dal coronavirus ma per i quali non è stata prescritta l'ospedalizzazione, che hanno avuto molteplici difficoltà a ricevere un'assistenza continuativa, efficiente, efficace ed adeguata. Ciò non è stato dettato solo dalla diffusione inaspettata e impattante del virus, ma è stato provocato anche da un riassetto del sistema delle cure territoriali che nel corso degli anni ha subito numerose modificazioni senza, però, colmare le carenze organizzative esistenti.

2. L'assistenza primaria in Italia con l'istituzione del SSN.

L'assistenza sanitaria territoriale ha avuto un primo riconoscimento nella L. 833/1978 che all'art. 10 ha sancito la creazione di una rete territoriale articolata in Distretti sanitari di base individuati strutture tecnico-amministrative interne dell'Unità Sanitaria Locale³⁹.

Il successivo art. 11 ha demandato alle Regioni la potestà di organizzare gli ospedali sulla base del principio di integrazione tra divisione ospedaliera e servizi territoriali⁴⁰. In particolare il legislatore ha posto in capo alle Regioni il compito di *“unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali”*.

Le disposizioni sull'assistenza territoriale contenute nella Legge 833/1978 rappresentano il primo esempio di creazione organica di una rete assistenziale capillare di prossimità e recepiscono nel

³⁹ Art. 10 *“Alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'unità sanitaria locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale di cui alla presente legge. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le unità sanitarie locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”*.

⁴⁰ Art. 11 *“Le regioni esercitano le funzioni legislative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato ed esercitano le funzioni amministrative proprie o loro delegate. Le leggi regionali devono in particolare conformarsi ai seguenti principi:*

a) coordinare l'intervento sanitario con gli interventi negli altri settori economici, sociali e di organizzazione del territorio di competenza delle regioni;

b) unificare l'organizzazione sanitaria su base territoriale e funzionale adeguando la normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali;

c) assicurare la corrispondenza tra costi dei servizi e relativi benefici. Le regioni svolgono la loro attività secondo il metodo della programmazione pluriennale e della più ampia partecipazione democratica, in armonia con le rispettive norme statutarie. A tal fine, nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, predispongono piani sanitari regionali, previa consultazione degli enti locali, delle università presenti nel territorio regionale, delle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori della sanità, nonché degli organi della sanità militare territoriale competenti. Con questi ultimi le regioni possono concordare:

d) l'uso delle strutture ospedaliere militari in favore delle popolazioni civili nei casi di calamità, epidemie e per altri scopi che si ritengano necessari;

e) l'uso dei servizi di prevenzione delle unità sanitarie locali al fine di contribuire al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie dei militari. Le regioni, sentiti i comuni interessati, determinano gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali, che debbono coincidere con gli ambiti territoriali di gestione dei servizi sociali. All'atto della determinazione degli ambiti di cui al comma precedente, le regioni provvedono altresì ad adeguare la delimitazione dei distretti scolastici e di altre unità di servizio in modo che essi, di regola, coincidano”.

nostro ordinamento le indicazioni provenienti dalla Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria svoltasi ad Alma Ata il 12 settembre 1978, dalla quale emerse la necessità di sollecitare la comunità internazionale e i singoli Paesi ad attivare dei modelli di sviluppo dell'assistenza primaria della salute: *“Tutti i governi dovrebbero formulare a livello nazionale politiche, strategie e piani d'azione per diffondere e sostenere l'assistenza sanitaria primaria come parte dell'intero sistema sanitario nazionale e in modo coordinato con gli altri settori.”*⁴¹. Sul punto sono di esemplare chiarezza le conclusioni del documento scaturito dalla predetta conferenza: *“La Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria richiede un'urgente ed efficace azione nazionale e internazionale per sviluppare e implementare l'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo e in particolare nei paesi in via di sviluppo, secondo uno spirito di cooperazione tecnica e in accordo con un Nuovo Ordine Economico Internazionale. La Conferenza esorta i governi, l'OMS, l'UNICEF e le altre organizzazioni internazionali, le agenzie multilaterali o bilaterali, le organizzazioni non governative, le agenzie di finanziamento, tutti gli operatori sanitari e l'intera comunità mondiale a supportare l'impegno nazionale e internazionale a favore dell'assistenza sanitaria primaria e a dedicarle un crescente supporto tecnico e finanziario, particolarmente nei paesi in via di sviluppo. La Conferenza si appella a tutti gli organismi appena citati perché collaborino a introdurre, sviluppare e mantenere l'assistenza sanitaria primaria in maniera coerente con lo spirito e il contenuto di questa Dichiarazione”*.

L'esito della conferenza ha trovato una prima risposta nella legislazione italiana istitutiva del SSN ed è rimasta per quasi 15 anni una solida ossatura per la strutturazione dell'assistenza territoriale.

3. La riorganizzazione dell'assistenza territoriale con le riforme degli anni '90.

La sanità italiana ha subito un processo riformatore all'inizio degli anni '90 con un susseguirsi di norme che per circa un decennio hanno ridisegnato l'intero assetto coinvolgendo anche l'assistenza territoriale.

Nel 1992 con il Decreto Legislativo n. 502 (attuativo della Legge delega n. 421/1992), successivamente modificato dal Decreto Legislativo n. 517/1992⁴², è stata realizzata la c.d.

⁴¹ Cfr. punto VIII della dichiarazione della Conferenza internazionale di Alma Ata. Nel successivo punto IX si prevedeva che: *“Tutte le nazioni dovrebbero agire in uno spirito di stretta cooperazione e di servizio per garantire a ciascuno l'assistenza sanitaria primaria, dal momento che il raggiungimento della salute da parte delle persone di un qualsiasi paese interessa direttamente e rappresenta un beneficio per tutti le altre nazioni. In questo contesto il rapporto congiunto sull'assistenza sanitaria primaria curato dall'OMS e dall'UNICEF costituisce una solida base per lo sviluppo e le attività ulteriori dell'assistenza sanitaria primaria in ogni parte del mondo”*.

⁴² Gli interventi legislativi in campo sanitario posti in essere all'inizio degli anni '90 non sono stati dettati

aziendalizzazione della sanità, con la trasformazione delle USL in Aziende Sanitarie Locali, la creazione delle Aziende Ospedaliere e l'introduzione di una nuova modalità di finanziamento delle prestazioni assistenziali tramite l'introduzione dei *Diseas Related Groups*⁴³ in virtù dei quali si riconosce alla struttura che ha erogato la prestazione una quota di finanziamento rapportata a seconda del tipo di assistenza prestata⁴⁴.

L'intervento legislativo ha toccato anche l'organizzazione dell'assistenza territoriale attraverso il ripensamento del Distretto che non è stato più inteso come una struttura tecnico-funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento (art. 10 L. n. 833/1978), ma è divenuto un'articolazione della ASL.

Il D.Lgs. n. 502/1992 ha attribuito alla Regione la competenza circa l'organizzazione del Distretto, assegnando a questa struttura il compito di assicurare l'assistenza territoriale per una popolazione di almeno 60.000 abitanti. È stato assegnato alla struttura distrettuale il compito di assicurare *“i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie [...] nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali”*⁴⁵.

Una ulteriore conferma della centralità del Distretto nel panorama assistenziale territoriale tracciato dal legislatore del 1992 discende dalla disamina del novero delle competenze definite dall'art. 3 quater: a) assistenza specialistica ambulatoriale; b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze; c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia; d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani; e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata; f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale. Per di più, l'organizzazione distrettuale, demandata ad ogni Regione, avrebbe dovuto garantire l'assistenza primaria attraverso il coordinamento tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardi medica e presidi specialistici ambulatoriali. Si è,

esclusivamente da una volontà riformatrice al fine di riorganizzare l'intero SSN, ma anche (e soprattutto) dalla necessità di contenere la spesa pubblica entro i parametri europei e dalla urgenza di riduzione del debito pubblico.

⁴³ Un meccanismo di finanziamento introdotto negli Stati Uniti sin dal 1983 ed ideato nell'Università di Yale nel 1967. La Finanziaria del 1995 (Legge n. 724/1994) ha stabilito che a partire dal 01.01.1995 tutti gli ospedali pubblici, ed i privati già convenzionati con il SSN, dovessero essere finanziati per le loro attività di degenza mediante tariffe predeterminate che remuneravano il ricovero differenziandolo in relazione alla complessità.

⁴⁴ I D.G.R. sono una scala di classificazione utilizzata come riferimento ai fini della remunerazione dell'attività ospedaliera. Ad ogni prestazioni di ricovero sono, quindi, attribuite tariffe predeterminate specifiche. Ogni tariffa ha carattere di remunerazione omnicomprensiva e, ovviamente, in base alla sua quantificazione, riflette una specifica scelta di politica di programmazione sanitaria mirata ad incentivare le modalità terapeutiche e/o organizzative ritenute più efficaci ed appropriate, di converso, a disincentivare quelle ritenute inappropriate.

⁴⁵ Art. 3 quater, D.Lgs. n. 502/1992.

quindi, in presenza di un centro nevralgico nella organizzazione e gestione dell'assistenza di base. A ciò si aggiunga che un ulteriore aspetto cruciale dell'attività del Distretto è stato previsto dall'art. 8 nel quale ha trovato ingresso, per la prima volta, il concetto di continuità assistenziale, cioè l'assicurazione di una risposta assistenziale territoriale per l'intera giornata anche attraverso l'incentivazione di forme di associazionismo tra medici di medicina generale⁴⁶.

Il nuovo contesto normativo scaturito dai Decreti Legislativi nn. 502 e 517 del 1992 ha impresso una svolta dirimente per l'assistenza sanitaria territoriale attribuendo al Distretto funzioni e competenze (specie di coordinamento) fino a quel momento sconosciuti.

Una ulteriore riprova di quanto esposto la si ritrova nella configurazione della struttura stessa del Distretto che è stato dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria⁴⁷, ha il compito di definire il Programma delle attività territoriali⁴⁸, è assegnatario di funzioni e risorse⁴⁹, ha come figura apicale di Diretto di Distretto⁵⁰ e deve garantire la piena integrazione socio-sanitaria⁵¹.

Nel successivo D.Lgs. 229/1999 è stato previsto che il Distretto avesse la notevole responsabilità di governare la domanda di assistenza e, nel contempo, di assicurare la gestione dei servizi sanitari territoriali. Due elementi che hanno ripercussioni fondamentali per l'intera assistenza sanitaria, siccome si riverberano sulla rete ospedaliera e sul complessivo fabbisogno economico della sanità.

Il contesto relativo all'assistenza territoriale deve essere, però, integrato dalla disamina di almeno due ulteriori tasselli, quali la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza e la stesura dei Piani Sanitari Nazionali il cui contenuto rappresenta uno snodo essenziale per l'organizzazione sanitaria e per l'assegnazione delle risorse economiche all'uopo previste.

3.1. L'Assistenza territoriale nei LEA. I D.P.C.M. 29.11.2001 e 12.01.2017.

L'assistenza primaria è inserita all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza previsti dall'art. 117, co. 2, lett. m), Cost.⁵². I LEA rappresentano l'insieme delle prestazioni ed i servizi garantiti dal

⁴⁶ Art. 8 *“Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale[...] Detti accordi devono: [...] garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio”*.

⁴⁷ Art. 3 quater, co. 2 *“con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale”*.

⁴⁸ Art. 3 quater, co. 3.

⁴⁹ Art. 3 quinquies.

⁵⁰ Art. 3 sexies.

⁵¹ Art. 3 septies.

⁵² Per un approfondimento sui LEA cfr. M. LUCIANI, *I livelli essenziali di assistenza delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRIN FERONI, M. c. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute*

Servizio Sanitario Nazionale a titolo gratuito o con una quota di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti (c.d. ticket) e vengono finanziati attraverso la fiscalità generale. Le Regioni hanno l'onere di assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni ricomprese nel novero dei LEA sulla base delle esigenze del territorio di riferimento, avendo cura di predisporre tutte le misure organizzative necessarie perchè l'assistenza avvenga con modalità appropriate ed efficaci.

I Livelli Essenziali di Assistenza sono stati definiti per la prima volta dal D.P.C.M. 29.11.2001 che ha inserito l'assistenza territoriale nella voce "Assistenza distrettuale", cioè all'interno di una delle tre macro aree⁵³ dell'offerta sanitaria. A sua volta tale livello assistenziale è stato articolato in molteplici sottolivelli che vanno dalle attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio alla medicina di base ed all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), sino alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

Dalla disamina della suesposta normativa si evince, una volta di più, il compito determinante riconosciuto al Distretto nel quale si assomma il doppio ruolo, da un lato di committente, atteso che è il livello organizzativo preposto alla valutazione di quali servizi siano necessari in relazione ai bisogni espressi dalla popolazione di riferimento (un elemento cruciale anche per la pianificazione sanitaria), dall'altro lato di erogatore dell'assistenza sanitaria primaria, attraverso le strutture ed i professionisti presenti sul territorio di competenza.

Tale doppio volto individuato dal D.P.C.M. 29.11.2001 era pienamente in linea con la nuova configurazione del Distretto disegnata dal legislatore con la riforma del D.Lgs. 229/1999 con la quale è stata individuata la doppia competenza di governo della domanda (committenza) e di gestione dei servizi territoriali (produzione/erogazione).

tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto, Giappichelli, Torino, 2011, pp. 9 – 24; F. S. FLORIO, *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 53 – 62; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione*, in *Politica del diritto*, 3, 2002, pp. 345 ss.; C. L. PRINCIPATO, *I diritti costituzionali e l'assetto delle fonti dopo la riforma dell'art. 117 della Costituzione*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2002, pp. 1170 ss.; M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali..." alla prova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2003, pp. 613 ss.; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, pp. 1183 ss.; R. BIFULCO, "Livelli essenziali", *diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo titolo V*, Giappichelli, Torino, 2003, pp. 137 ss.; G.U. RESCIGNO, *I diritti civili e sociali tra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni*, in S. GAMBINO (a cura di), *Il nuovo ordinamento regionale. Competenze e Diritti*, Milano, Giuffrè, 2003, pp. 107 ss..

⁵³ Assistenza sanitaria collettiva, assistenza distrettuale ed assistenza ospedaliera.

Il Livelli Essenziali di Assistenza sono stati successivamente aggiornati con il D.P.C.M. 12.01.2017 in virtù del quale sono state introdotte alcune modifiche al nomenclatore della specialistica ambulatoriale, è stato innovato il nomenclatore dell'assistenza protesica, è stato rivisto l'elenco delle malattie rare e quello delle malattie croniche e sono stati introdotti nuovi vaccini per alcune patologie neonatali.

Il predetto Decreto ha previsto 4 macro livelli di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica (capitolo II), assistenza sociosanitaria (capitolo IV), assistenza ospedaliera (capitolo V), assistenza specifica a particolari categorie (capitolo VI), assistenza distrettuale (capitolo III), e proprio con riferimento a quest'ultima è stata ribadita la diversificazione nelle 9 aree in cui si articola l'assistenza territoriale.

In particolare, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale e l'assistenza ai turisti (artt. 4 – 6) sono individuate le principali attività, le prestazioni garantite agli assistiti dai medici di medicina generale e dai pediatri convenzionati, nonché le modalità organizzative e la tempistica di erogazione dell'assistenza, riprendendo, di fatto, i contenuti del D.P.C.M. 29.11.2001 e negli Accordi Collettivi Nazionali siglati con le diverse categorie interessate. Nel medesimo Decreto è stata normata anche l'emergenza sanitaria territoriale (art. 7), nonché l'assistenza farmaceutica (artt. 8 e 9) per la quale sono state previste alcune innovazioni: l'introduzione della farmacia dei servizi, la fornitura dei generici, la distribuzione diretta dei farmaci attraverso i servizi territoriali (oltre a quelli ospedalieri).

3.2. L'assistenza territoriale nei Piani Sanitari Nazionali.

L'assistenza sanitaria territoriale è specificamente prevista all'interno dei Piani Sanitari nazionali che nel corso degli anni sono stati approvati e che rappresentano il principale strumento di programmazione sanitaria pluriennale.

Il PSN, adottato con D.P.R., viene predisposto dal Governo su proposta del Ministro della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni⁵⁴.

⁵⁴ Il PSN, ai sensi dell'art. 1, co. 10, del D.Lgs. n. 502/1992 ss.mm.ii., indica: “a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute; b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano; c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza; d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale; e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali; f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca; g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane; h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità

Dalla disamina dei singoli strumenti di pianificazione si evince la trasformazione dell'assistenza sanitaria di base.

Il PSN 1994-1996 definisce il Distretto quale luogo dell'integrazione tra i servizi che erogano le prestazioni sanitarie di primo livello e quelli socio-assistenziali. Il Piano definisce il Distretto sanitario di base come *“indispensabile”* per la strutturazione dell'intera assistenza, siccome consente *“un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione”* (art. 4.A).

In quest'ottica la programmazione sanitaria del 1994 ha messo al centro la realizzazione di un *continuum* assistenziale, tanto da affermare che l'obiettivo dell'organizzazione delle cure dovesse essere il *“perseguimento di una efficace integrazione fra le attività distrettuali, l'attività del medico di famiglia, le attività poli-ambulatoriali e specialistiche, e l'attività ospedaliera”*.

In particolare, secondo il primo Piano Sanitario Nazionale il Distretto è visto come il luogo *“ideale”* per l'erogazione di molteplici servizi, quali: il supporto all'attività del medico di famiglia; l'assistenza domiciliare integrata, per l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente integrate; le attività di ospedalizzazione domiciliare, per consentire l'erogazione di trattamenti che richiedano la disponibilità di competenze professionali di livello ospedaliero, ma che siano tecnicamente erogabili al domicilio del paziente; la gestione coordinata degli accessi ai servizi, attraverso la disponibilità presso la sede del Distretto del Centro Unificato di Prenotazione, la possibilità per di espletare le procedure amministrative a livello decentrato da parte degli utenti, la disponibilità decentrata di punti di prelievo per indagini chimico-cliniche ed, infine, la disponibilità di sportelli informativi.

Dal PSN 1994-1996 emerge, quindi, la volontà di far assurgere il Distretto come il fulcro di tutte le attività amministrative (comprese il supporto alle prenotazioni e l'assistenza informativa), ma anche dei servizi assistenziali, come dimostra il riferimento ai medici di medicina generale, alle analisi chimico-cliniche e alle cure extraospedaliere.

La suesposta impostazione programmatica delle cure territoriali da parte del legislatore del 1994 aveva molteplici aspetti innovativi che saranno ripresi anche nei successivi PSN.

Per un verso la centralizzazione nel Distretto di servizi come il supporto al CUP e gli uffici di

sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza; i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti”.

assistenza al pubblico avevano come obiettivo quello della semplificazione burocratica, dell'orientamento del cittadino e del supporto. Per altro verso, la volontà di pianificare l'assistenza e la cura per molte patologie attraverso l'intervento del medico di famiglia o per il tramite dei servizi territoriali, ha avuto come obiettivo quello di consentire al paziente di fruire di un'assistenza efficace, efficiente, appropriata e di prossimità. Parimenti, in quest'ottica, si inserisce anche la decisione di far svolgere le indagini chimico-cliniche in sede territoriale (appunto presso il Distretto), evitando un accesso ospedaliero con un vantaggio sia per l'ospedale (riducendo gli ingressi presso la struttura ospedaliera), sia per i pazienti (evitando spostamenti).

Ad ulteriore corollario del complessivo impianto programmatico vi è una riflessione concernente il chiaro obiettivo, che è evincibile dalle statuizioni contenute nel PSN 1994-1996, volto al defaticamento che può determinare l'attività posta in essere dal Distretto, siccome era chiaro al legislatore del 1994, che il corretto funzionamento dell'assistenza territoriale avrebbe alleviato la pressione nei confronti delle strutture ospedaliere che avrebbero visto diminuire l'afflusso di pazienti e avrebbero beneficiato del decongestionamento dei vari reparti ed avrebbero. Il tutto avrebbe creato anche un risparmio finanziario non secondario, visto che l'ospedalizzazione di un paziente è molto più economicamente dispendiosa e, per di più, dal lato dell'assistenza, non è sempre appropriata per alcune patologie che possono trovare una risposta assistenziale più efficace a livello territoriale.

Il successivo PSN 1998-2000 ha avuto il merito di aver meglio definito la struttura del Distretto esplicitando le funzioni a quest'ultimo attribuite. Tale specifica scelta pianificatoria è stata esplicitata già nella parte iniziale illustrativa del Piano Sanitario: *“L'esplicitazione del livello distrettuale è coerente con l'obiettivo di conferire al distretto una precisa identità all'interno dell'azienda sanitaria locale per il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività di assistenza sanitaria di carattere extra-ospedaliero”*.

Nell'apposito capitolo dedicato alla struttura distrettuale, il PSN 1998-2000 ha ribadito la centralità del Distretto tanto da collocare al suo interno tutti i percorsi che il cittadino può intraprendere per accedere alle prestazioni di cui necessita, siano esse ambulatoriali oppure orientate verso il ricovero ospedaliero.

L'innovazione principale è, rappresentata, quindi, da un'azione di indirizzo da parte del Distretto stesso e non solo di coordinamento ed erogazione dell'assistenza di base, per lo svolgimento della quale può avvalersi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta quali referenti diretti delle persone e delle famiglie. Il ruolo di queste figure mediche è essenziale non solo con

riferimento all'erogazione dell'assistenza territoriale, ma anche per la strutturazione della filiera assistenziale, in ragione del fatto che proprio ai medici di base e i pediatri è stato assegnato il compito di valutare i bisogni dei singoli pazienti *“al fine di orientare e regolare l'accesso al Servizio sanitario nazionale”*. E' di tutta evidenza il “filtro” di appropriatezza allocato a livello distrettuale dal PSN 1998-2000 (tramite i medici di base e i pediatri) aveva come finalità quella di effettuare uno *screening* a monte volto a eliminare esami diagnostici o servizi superflui ed, inoltre, di veicolare il paziente verso l'assistenza territoriale oppure verso l'ospedalizzazione.

Il successivo PSN 2003-2005 ha indicato tra gli obiettivi della pianificazione sanitaria la realizzazione di un'assistenza territoriale incentrata sulla medicina generale⁵⁵. Il Piano Sanitario ha previsto un progressivo spostamento a livello territoriale di risorse e servizi prima allocati a livello ospedaliero abbandonando la *“logica di sanità ospedalocentrica che oggi non è più sostenibile”*⁵⁶ e pensando all'assistenza di base non solo come centro di erogazione di servizi extraospedalieri, ma anche come il punto di incontro dei percorsi sanitari e sociali. Con parole chiare la pianificazione sanitaria del 2003-2005 ha previsto *“una nuova e razionale offerta di prestazioni sul territorio, che configuri l'intervento ospedaliero come assistenza extra territoriale sempre più riservato alle patologie acute. È una linea che inverte il tradizionale sistema di offerta sanitaria fondata prioritariamente sull'ospedale che attende i cittadini ai servizi, a favore di una linea che identifica il territorio quale soggetto attivo che intercetta il bisogno sanitario e si fa carico in modo unitario delle necessità sanitarie e socio-assistenziali dei cittadini”*⁵⁷.

Il successivo PSN 2006-2008 ha sancito la riorganizzazione delle cure primarie con un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, attraverso l'incentivazione di forme di associazionismo e di aggregazione tra medici per consentire una copertura assistenziale continuativa⁵⁸. Tale disegno programmatico ha trovato un ulteriore

⁵⁵ Il PSN all'art. 2.7. prevede che *“l'attenzione si sposta sui MMG e pediatri di libera scelta, ai quali si deve però chiedere di giocare un ruolo maggiore che in passato”*.

⁵⁶ Art. 2.7. del PSN 2003-2005.

⁵⁷ La programmazione del PSN 2003-2005 deve essere letta anche alla luce del contenuto delle intese Stato-Regioni del 29.07.2004 e del 09.02.2006 che hanno previsto la creazione delle Unità di Assistenza Primaria, forme di medicina associativa tra medici di medicina generale attraverso le quali dare continuità assistenziale sul territorio.

⁵⁸ Art. 3.5. *“occorre determinare le condizioni per completare il percorso che conduca al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione, rivolte anche ai medici di continuità assistenziale ed agli specialisti ambulatoriali, che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni la settimana. Questa articolazione delle cure primarie consentirà una più appropriata erogazione dei servizi, l'efficace continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute per i cittadini, la fornitura di attività specialistiche, la riduzione delle liste d'attesa, l'attivazione dei percorsi assistenziali e una più efficace integrazione socio sanitaria. Questo modello organizzativo avrà inoltre importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S. grazie anche alla valorizzazione di tutte le componenti sanitarie del sistema territoriale”*.

importante corollario nell'approvazione della L. n. 296/2006 (Legge Finanziaria 2007) nella quale è stata prevista la creazione di un fondo per il *“cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN tra i quali anche la sperimentazione del modello assistenziale – Case della salute”*.

L'assistenza primaria è stata posta al centro anche della pianificazione del PSN 2011-2013⁵⁹ nel quale sono state riprese le conclusioni della già citata Conferenza internazionale di Alma Ata del 1978, tanto da prevedere che le cure primarie *“costituiscono un hub attraverso il quale gli individui vengono guidati nell'intero servizio sanitario e garantiscono la continuità longitudinale delle cure”*⁶⁰.

Il PSN 2011-2013 ha, quindi, sancito che la continuità assistenziale a livello territoriale fosse garantita attraverso molteplici strumenti: l'attivazione di posti letto territoriali gestiti dai medici di medicina generale e dal personale infermieristico; la possibilità di gestione della fase acuta a domicilio mediante un'assistenza domiciliare integrata garantita da gruppi multidisciplinari; disponibilità di posti letto in strutture intermedie intraospedaliere; predisposizione di programmi di dimissione assistita dall'ospedale; la creazione di un albergo sanitario gestito completamente da infermieri all'interno di apposite unità di tipo ambulatoriale; la strutturazione di programmi di ospedalizzazione domiciliare; la realizzazione di strutture intermedie di riabilitazione post acuzie; la creazione di centri di comunità/poliambulatori specialistici in cui sono presenti medici specialisti, MMG ed infermieri; la formazione di team infermieristici di comunità che si recano al domicilio dei pazienti⁶¹.

Il PSN 2014-2016 ha imposto un'accelerazione della costituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e dalle Unità Complesse di Cure Primarie, ritenute come necessarie forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta utili alla continuità assistenziale.

Nel contempo il Piano Sanitario ha ridefinito gli standard organizzativi del Distretto per *“orientare il suo ruolo strategico nella costituzione di reti assistenziali a baricentro territoriale e di facilitatore dei processi di integrazione e di tutela della salute dei cittadini”*, anche al fine di contenere i ricoveri inappropriati.

Da ultimo è necessario evidenziare che a dicembre 2019 è stato sottoscritto il Patto per la Salute 2019-2021 nel quale, oltre all'accordo tra lo Stato e le Regioni per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, è stata indicata la necessità di una riorganizzazione dell'assistenza territoriale

⁵⁹ L'art. 2.7. del PSN 2011-2013 è, infatti, intitolato *“Centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali”*.

⁶⁰ Art. 2.7.1.

⁶¹ Art. 2.7.3.

in ragione delle modificazioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione, con la previsione di un riassetto che preveda “*un forte impulso e un investimento prioritario sull’assistenza socio-sanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l’innovazione dell’assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti*”⁶².

La susseguente successione degli atti programmatici in campo sanitario evidenzia una crescente attenzione per la strutturazione ed il potenziamento dell’assistenza territoriale che abbia al centro i medici di medicina generale e che consenta - come già si è avuto modo di argomentare - un effetto benefico sia dal lato dell’appropriatezza delle cure (con la riduzione dell’ospedalizzazione), sia dal versante del contenimento della spesa inefficiente.

4. La riorganizzazione dell’assistenza territoriale da parte del Decreto Balduzzi.

Un significativo cambio dell’organizzazione assistenziale, anche con riferimento all’assistenza territoriale, è intervenuto con l’approvazione del Decreto Legge n. 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi), convertito nella Legge n. 189/2012, che ha modificato il D.Lgs. 502/1992.

Già con l’art. 15, co. 13, lettera c) del Decreto Legge n. 95/2012, convertito nella Legge n. 135/2012 (c.d. Decreto sulla *spending review*) era stata fissata in 3,7 posti letto per 1000 abitanti la soglia che ogni ospedale avrebbe dovuto rispettare. Tale limite ha avuto una ripercussione sull’intero Servizio Sanitario Nazionale, siccome, al fine di dare attuazione al predetto limite organizzativo è stato emanato il D.L. n. 158/2012 che ha ridisegnato - con un evidente effetto *dòmino* - non solo la rete ospedaliera (lasciando alle Regioni la fase attuativa), ma anche, l’assistenza territoriale. Per di più ciò è avvenuto anche in attuazione dell’ulteriore principio, sempre contenuto nel D.L. 95/2012, secondo il quale si sarebbe dovuti passare, in molti casi, dal ricovero ospedaliero ordinario diurno a quello in regime ambulatoriale, con una netta preferenza per l’assistenza residenziale e domiciliare in luogo di quella ospedaliera considerata più dispendiosa ed inappropriata, specie per le malattie croniche⁶³.

In merito all’assistenza territoriale il D.L. n. 158/2012 ha dato mandato alle Regioni perchè provvedessero ad una complessiva riorganizzazione promuovendo l’integrazione delle cure primarie con il sociale ed implementando la presa in carico del paziente nel percorso tra servizi ospedalieri

⁶² Scheda 3 del Patto per la Salute.

⁶³ La conferma dell’abbandono della concezione nosocomio-centrica senza però recidere il rapporto fiduciario medico-paziente, ma al contrario, cercando di rinsaldarlo attraverso una nuova centralità della medicina di base. Sul punto cfr. G. FARES, *Le novità del D.M. Salute 18 novembre 2012*, in Il libro dell’anno del diritto Treccani 2014, Treccani, Roma, 2015, p. 284; E. JORIO, *L’assistenza primaria, relazione al Convegno “A 40 anni dalla legge 833 del 1978. Le sfide per la sanità e la salute”*, Roma, 9.11.2018, p. 4 della relazione.

ed assistenza domiciliare.

Il legislatore ha avuto ben chiaro che una riduzione della disponibilità di posti letto ospedalieri dovesse essere compensata da un riassetto dell'assistenza territoriale anche attraverso forme aggregative tra medici che permettesse di assicurare la, più volte ripetuta, continuità assistenziale. Sul punto, infatti, l'art. 1, co. 1, del Decreto Balduzzi ha posto in capo alle Regioni il compito di creare *“forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere”*.

In particolare, in uno sforzo di incentivazione delle forme aggregative, il D.L. n. 158/2012 ha previsto due principali modalità associative a disposizione delle Regioni, entrambe aventi come comune denominatore la medicina generale: a) le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), consistenti in reti mono-professionali di medici di medicina generale che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi; b) le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), rappresentate da reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere e che erogano prestazioni assistenziali tramite *“il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria [...] tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori”*⁶⁴.

L'approccio metodologico è stato, quindi, quello di operare un *“sollecito riassetto dei fondamentali elementi organizzativi del SSN che tenga conto sia dei tagli già imposti, soprattutto all'offerta ospedaliera, sia della necessità di una adeguata riqualificazione della rete di assistenza sanitaria e*

⁶⁴ Art. 1, co. 4, lett. b).

farmaceutica”⁶⁵.

Dalla complessiva evoluzione normativa si possono evincere tre differenti tipi di aggregazione: a) forme associative; a) forme aggregative funzionali (AFT); 3) forme aggregative strutturali (UCCP). Le “forme associative” tra medici di medicina generale⁶⁶ sono volontarie e sono state promosse per facilitare il rapporto tra il cittadino e il medico, snellendo le procedure di accesso ai servizi, nonché allo scopo di aumentare la qualità e l’appropriatezza delle prestazioni, tramite il coordinamento funzionale dell’attività dei MMG con i servizi e con le attività del distretto⁶⁷. Le “Aggregazioni Funzionali Territoriali” sono modalità organizzative monoprofessionali⁶⁸ che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi⁶⁹. Le “forme aggregative strutturali” rappresentate dalle UCCP (originariamente UTAP)⁷⁰ operano nell’ambito dell’organizzazione distrettuale, sono costituite da medici convenzionati, oltre a potersi avvalere di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali, e rappresentano la forma organizzativa ideale per assicurare l’erogazione dei LEA, erogare servizi sanitari di base e diagnostica di primo livello, sviluppare la medicina di iniziativa e realizzare l’integrazione tra assistenza sociale e sanitaria in raccordo con i distretti. Le UCCP appaiono quindi come uno strumento di concentrazione fisica di servizi e di professionisti di diversa natura.

⁶⁵ G. FARES, *Le novità del D.M. Salute 18 novembre 2012*, in *Il libro dell’anno del diritto* Treccani 2014, Treccani, Roma, 2015, p. 284.

⁶⁶ Di cui vi è originaria traccia nell’Accordo Collettivo Nazionale del 2000 che all’art. 40 ha sancito la nascita delle “*Forme associative dell’assistenza primaria*”.

⁶⁷ All’interno della prima fattispecie generale delle forme associative si può individuare una tripartizione: 1) la medicina in associazione semplice, composta da 3 a 10 MMG che condividono e implementano linee guida diagnostico terapeutiche ma i cui studi non sono vincolati ad una sede unica e sono distribuiti su tutto il territorio del distretto. 2) La medicina in rete, composta da 3 a 10 MMG, è un’evoluzione della medicina in associazione semplice. In aggiunta alle caratteristiche dell’associazione semplice, i medici in rete possono individuare degli studi dove svolgere a rotazione attività concordate e gestire la scheda sanitaria individuale su supporto informatico mediante software tra loro compatibili. Inoltre, i medici di medicina generale in rete possono collegare i propri studi medici tra di loro con sistemi informatici al fine di consentire l’accesso alle informazioni relative agli assistiti dei componenti dell’associazione. 3) La medicina di gruppo, composta da minimo 3 e massimo 8 medici, si differenzia siccome è prevista l’identificazione di una sede unica del gruppo con un numero di studi pari ad almeno la metà dei medici componenti del gruppo. E’ previsto, altresì, l’utilizzo di supporti tecnologici comuni per l’attività assistenziale, come per la medicina in rete, e l’utilizzo di personale di segreteria o infermieristico comune, secondo accordo interno.

⁶⁸ Le aggregazioni funzionali sono individuate nell’Accordo Collettivo Nazionale del 2000 che nell’Art. 15 prevede le “*Equipages territoriali*”, poi riprese dall’art. 25 dell’ACN 2005 intitolato “*Equipages territoriali e UTAP*” e sono formate da figure professionali deputate a garantire assistenza primaria, continuità assistenziale, PLS, assistenza specialistica ambulatoriale, medicina dei servizi e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. In verità si inizia a parlare per la prima volta, in maniera espressa, di AFT nell’ACN del 2009 che all’art. 12 prevede la creazione di una “*Aggregazione funzionale territoriale della medicina generale*”.

⁶⁹ Invero il Patto per la Salute 2014-2016 da un lato prevede l’interazione tra le AFT e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), all’altro lato, sancisce che le AFT diventino le “*uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni*”.

⁷⁰ Le Unità di Assistenza Primaria previste anche nell’art. 26 dell’Accordo Collettivo Nazionale del 2005 evolvono in UCCP anche in ragione della previsione contenuta nell’art. 13 dell’ACN del 2009 “*Requisiti e funzioni minime dell’UCCP*”.

Il disegno complessivo ha avuto come obiettivo intellegibile la creazione di un Servizio Sanitario integrato nel quale al decremento dell'ospedalizzazione deve corrispondere un miglioramento significativo della rete territoriale di assistenza. Dal dettato legislativo si evince che tale finalità, però, non dovesse essere raggiunta solo attraverso il semplice coordinamento di modalità assistenziali differenti, ma anche attraverso un collegamento funzionale volto alla presa in carico del paziente. In tal modo la “continuità assistenziale” è stata slegata da una semplice logica di carattere temporale, intesa come una disponibilità di assistenza del paziente nell'arco dell'intera giornata, ma si è spostata anche sul versante dei servizi socio-assistenziali offerti sul territorio (sia di tipo diagnostico che curativo) senza la necessità di accesso ad una struttura ospedaliera, che è lasciata come una *extrema ratio*⁷¹.

Il fine del legislatore era quello creare una fattiva integrazione tra servizi. Nel contempo la struttura creata dal legislatore sembra, però, basarsi su una doppia debolezza del sistema: dal lato ospedaliero tale debolezza era rappresentata dalla drastica riduzione delle possibilità di ricovero, in ragione della diminuzione dei posti letto disponibili; mentre sul versante territoriale tale deficit era dettato dall'assenza reale delle aggregazioni tra medici, dall'utilizzo di locali, di apparecchiature e di data base condivisi. Tali fragilità hanno creato più di qualche perplessità circa l'efficacia del disegno riformatore che aveva in radice la volontà di compensare la repentina riduzione dei posti letto ospedalieri con un sistema territoriale ancora non riorganizzato ed il cui riassetto avrebbe richiesto tempi ben più lunghi.

4. Le scelte delle Regioni nell'organizzazione della sanità territoriale. Alcuni esempi.

La suesaposta normativa statale ha demandato alle singole Regioni il compito di riorganizzare l'assistenza territoriale attraverso la previsione di forme associative tra medici di medicina generale di modalità di integrazione socio-assistenziali.

Ebbene il panorama regionale che ne è seguito è molto frastagliato, come sui può evincere analizzando alcuni degli esempi maggiormente significativi alla luce dei quali le scelte regionali sono state o tardive ovvero tra loro ben distanti (se non opposte).

Una riprova dei ritardi attuativi la si ha in Basilicata, visto che la Lucania non ha attuato né le AFT né le UCCP, mentre sono presenti sul territorio regionale le UTAP quale forma organizzativa strutturale. Un caso differente è quello dell'Abruzzo che vede l'attivazione di 24 AFT su un totale di 75 e 6 UCCP su 25, ma in tal caso il ritardo è dipeso dal lungo commissariamento della sanità

⁷¹A. FILIPPI, E. IOVERNO, P. RONCHINI, *La riforma delle cure primarie*, in Quaderni di Farmacoeconomia, 2014, 23, pp. 40 – 47.

abruzzese.

Con riferimento, invece, a scelte organizzative diverse ed emblematiche si possono annoverare i casi dell'Emilia Romagna, della Lombardia e del Veneto.

4.1. Emilia Romagna.

L'Emilia Romagna, dopo il Decreto Balduzzi ed il successivo Patto per la Salute 2014-2016, ha previsto la costituzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP)⁷², cioè unità che, anche per la presenza di multidisciplinarietà, hanno molti punti di contatto con le AFT. La Regione ha inoltre previsto la creazione delle UCCP attraverso l'“Atto di Programmazione per le nuove forme organizzative” nel quale tali unità sono state identificate con le, già operanti, Case della Salute⁷³, veri fulcri dell'assistenza territoriale emiliano romagnola⁷⁴.

A conferma di ciò si evidenzia che l'istituzione delle Case della Salute era già stata prevista nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008 – 2010⁷⁵ al fine di realizzare “*un modello di assistenza territoriale in grado di garantire risposte integrate ai problemi di salute delle persone e di coinvolgere le comunità nell'individuazione dei bisogni e delle priorità*”⁷⁶.

A ciò si aggiunga che nel predetto Piano Sociale e Sanitario Regionale l'Emilia Romagna ha statuito che il Dipartimento di Cure Primarie (DCP) fosse il punto di riferimento dell'assistenza del paziente⁷⁷ in senso totalizzate, cioè a dire non solo con riferimento alla cura, ma anche agli aspetti della prevenzione e della riabilitazione. Tali elementi hanno proprio nella Casa della Salute il luogo ideale per la loro concretizzazione.

Dall'intero panorama regionale si evince che l'Emilia Romagna ha inteso creare un modello

⁷² I NCP erano già stati inseriti nell'Accordo Integrato Regionale del 2006.

⁷³ “*In Regione Emilia-Romagna le UCCP, ferme restando le caratteristiche individuate dalla normativa nazionale e dall'ACN, possono avere come riferimento: una Casa della Salute, più Case della Salute, la sede di uno o più NCP*”, Atto di Programmazione per le nuove forme organizzative, Regione Emilia Romagna, 28.04.2017, p. 6.

⁷⁴ Per un approfondimento sulle Case della Salute in Emilia Romagna cfr. A. BRAMBILLA, *La programmazione delle “Case della Salute” nella Regione Emilia Romagna*, Regione Emilia Romagna, Report 2011. A. BRAMBILLA, G. MACIOCCO, *Le Case della salute*, in *Recenti Progressi della Medicina*, 105, 2014, http://www.recentiproggressi.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1459&id=16123.

⁷⁵ Sono state formalmente istituite con la Deliberazione di Giunta Regionale n. 291/2010.

⁷⁶ A conferma di quanto esposto si evidenzia che il 05.12.2016 la Regione Emilia Romagna ha approvato il documento “*Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa*” nel quale viene statuito che: “*con le Case della Salute la Regione intende realizzare, in modo omogeneo su tutto il territorio regionale, strutture che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso e della presa in carico, in integrazione con i professionisti del sociale. In particolare, le Case della Salute intendono qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento del cittadino. In esse operano comunità di professionisti (équipe multiprofessionali e interdisciplinari), secondo uno stile di lavoro orientato a programmi e percorsi integrati, tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali*”.

⁷⁷ Come si evince dalle Deliberazioni di Giunta Regionale n. 86/2006 e n. 2011/2007.

integrato nel quale resta centrale il ruolo delle ASL, vere titolari tanto della gestione delle cure primarie quanto dell'assistenza ospedaliera. Si è, quindi, all'interno di un'organizzazione che prevede (e necessita) della cooperazione tra le diverse realtà assistenziali e che ha nelle Case della Salute e nei Nuclei di Cure Primarie i presidi territoriali atti alla presa in carico della domanda di salute⁷⁸.

4.2. Lombardia.

Le scelte organizzative della Regione Lombardia possono essere lette soltanto partendo avendo piena cognizione delle peculiarità del Servizio Sanitario Regionale lombardo. Il modello meneghino dell'assistenza sanitaria ha incentivato la parificazione tra strutture pubbliche e private nella loro veste di soggetti erogatori di prestazioni, ponendo al centro il principio di libertà di scelta del cittadino ed avvicinandosi al sistema del c.d. quasi mercato⁷⁹.

Quanto esposto trova un puntuale riscontro nell'art. 10 delle “*Linee guida per la organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere*” approvate dalla Lombardia nel 1998⁸⁰, con il quale si prevedeva l'introduzione del “*principio della contrattazione paritetica tra soggetti erogatori accreditati di diritto pubblico e diritto privato allo scopo di garantire le prestazioni ospedaliere, riabilitative, specialistiche ambulatoriali e socio-assistenziali*”⁸¹.

I provvedimenti regionali susseguiti nel tempo⁸² hanno di fatto creato un sistema duale nel quale l'assistenza ospedaliera (fortemente centralizzata e con elevate specializzazioni tecniche) era nettamente separata dalla dimensione territoriale che, in verità, ha avuto un carattere quasi residuale rispetto alla visione fortemente ospedalocentrica (a differenza di quanto previsto dalla pianificazione nazionale).

⁷⁸ AA.VV., *Cure primarie: esperienze regionali a confronto*, AGENAS Monitor 33, 2013, p. 11.

⁷⁹ Il “quasi mercato” prevede che il sistema pubblico finanzia ma non eroga direttamente i servizi sanitari, sicché il ruolo del potere pubblico (in questo caso della Regione) è di regolatore. Con riferimento al “quasi mercato” cfr. E. BRENNI, *Quasi-market and cost-containment in Beveridge system: The Lombardy model of Italy*, Health policy, 2011, pp. 209 – 218.

⁸⁰ Delibera di Giunta Regionale n. VI/34276 del 20.02.1998.

⁸¹ Sul punto si evidenzia quanto emerso in dottrina: “*l'impianto generale del Servizio Sanitario Regionale lombardo, da una parte, richiama l'applicazione estesa dello schema del quasi mercato, che assegna una notevole discrezionalità alle aziende sull'allocazione delle risorse in base alle indicazioni regionali, e dall'altra introduce degli strumenti propri di una Programmazione & Controllo centralizzata a livello regionale*” M. CAVAZZA, F. FERRE', A. RICCI, *Strumenti pubblici per regolare il ruolo degli attori privati accreditati: il caso della Regione Lombardia*, in AA.VV., *La sanità privata accreditata in Lombardia. Politiche regionali ed esperienze aziendali*, CERGAS – Bocconi, Egea, Milano, 2014, p. 41.

⁸² Tra questi di particolare importanza sono le “*Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia*” approvate con Deliberazione di Giunta Regionale n. VII/14049 del 2003, e le “*Linee guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende sanitarie pubbliche e soggetti privati*” adottate con Deliberazione di Giunta Regionale n. VII/18575 del 2004.

Tale organizzazione, però, ha fatto emergere in pochi anni le sue discrasie, tanto che nel PSSR 2002 – 2004 è stata prevista la creazione di Gruppi di Cure Primarie e, per la prima volta, le ASL sono state chiamate a coordinare l'assistenza territoriale ed a fungere da garanti della presa in carico del paziente⁸³. Solo attraverso questa modificazione organizzativa si è avuto un potenziamento dei Distretti sanitari e una traslazione dalla centralità del nosocomio (invero sempre vigente) ad una maggiore presenza dell'assistenza territoriale.

Una ulteriore evoluzione è individuabile nella creazione, in via sperimentale del *Chronic Related Group* a partire dal 2010. Il CREG è dedicato alla presa in carico dei pazienti cronici al fine di dar corso ad un'assistenza extraospedaliera più efficace e meno dispendiosa economicamente⁸⁴.

La cura delle cronicità è stata ulteriormente implementata a livello territoriale attraverso la sottoscrizione dell'Accordo Integrato Regionale del 2014 con il quale sono stati identificati i criteri per l'individuazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali⁸⁵, sino a giungere ad una complessiva ridefinizione del Servizio Sanitario Regionale.

In particolare, con l'approvazione della Legge Regionale n. 23/2015 si è inteso riorganizzare l'assistenza territoriale con il superamento delle ASL ed una maggiore integrazione tra assistenza territoriale ed assistenza ospedaliera, nonché tra sanità e sociale⁸⁶. Con la nuova legislazione di settore la Regione Lombardia ha ridisegnato l'organizzazione territoriale con l'istituzione di 8 Agenzia di Tutela della Salute (ATS)⁸⁷, in sostituzione delle ASL, a loro volta articolare in Dipartimenti⁸⁸ con funzioni di *“negoiazione/acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle strutture accreditate, governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie, nonché il governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei*

⁸³ Tale forma associativa è stata adottata con la Deliberazione di Giunta Regionale n. VII/462 del 2002. Sulla evoluzione dell'assistenza territoriale in Lombardia cfr. S. DEL MISSIER, P. TEDESCHI, *Lo sviluppo organizzativo dell'assistenza territoriale: evoluzioni in corso e spunti dell'esperienza lombarda dei Gruppi di cure primarie*, in Mecosan, LXI, 2007, p. 84.

⁸⁴ Il CREG è stato avviato con la Deliberazione di Giunta Regionale n. IX/937 del 2010 e con la successiva Deliberazione n. IX/1479 del 2011, ed ha visto il coinvolgimento di 63.475 pazienti e di 448 medici di medicina generale.

⁸⁵ La cui mappatura è stata inserita nella Legge Regionale n. 23/2015. Tale decisione è scaturita dal contenuto del “Libro bianco sullo sviluppo del sistema socio-sanitario in Lombardia. Un impegno comune per la salute”, frutto della Commissione sviluppo sanità costituita con Decreto del Direttore Generale della Salute n. 6381/2013 ed è stato presentato il 01.07.2014.

⁸⁶ L'art. 1 della L.R. n. 23/2005 esordisce infatti con la seguente previsione: *“Il sistema sanitario, socio-sanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema socio-sanitario lombardo, promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e socio-sanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali”*.

⁸⁷ Art. 6, co. 1, della L.R. n. 23/2015.

⁸⁸ Art. 6, co. 6, della L.R. n. 23/2015.

servizi”⁸⁹.

Per di più, all’interno di ogni ATS è stata prevista la creazione delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST)⁹⁰ quale riferimento dei pazienti a livello territoriale al fine di agevolare l’accesso alle prestazioni socio-assistenziali.

Tale strutturazione, però, pur se formalmente ha inteso creare una maggiore integrazione socio-sanitaria ed una rottura del binomio comunicabile ospedale/territorio, per altro verso ha creato un’organizzazione con un forte impulso verticistico, lasciando intatte le criticità riguardanti l’eccessiva rigidità della programmazione regionale e facendo sorgere alcune perplessità rispetto alla coerenza di tale struttura organizzativa con la legislazione nazionale, atteso che la creazione delle ASST a queste ultime sono state conferite funzioni e competenze che, invece, l’art. 3 quinquies del D.Lgs. 502/1992 ss.mm.ii. aveva assegnato ai Distretti. Di fatto da tale quadro è emerso l’isolamento della struttura distrettuale e lo svuotamento delle competenze a quest’ultima assegnata dalla legislazione nazionale.

Una riprova di quanto esposto si ha nelle numerose osservazioni formulate dal Ministero della Salute rispetto al modello previsto dalla L.R. n. 23/2015 che è apparso, sin da subito, quasi in concorrenza (se non in contrapposizione) con il SSN, tanto da indurre il Consiglio Regionale della Lombardia ad approvare la L.R. 41/2015 che, recependo parzialmente le indicazioni ministeriali, ha modificato la L.R. n. 23/2015 ed ha statuito che *“le parole << sistema sanitario, socio-sanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema socio-sanitario lombardo >> sono sostituite dalle seguenti: << servizio sanitario, socio sanitario e sociale regionale integrato lombardo >>”*⁹¹, oltre a prevedere che il modello previsto dal legislatore lombardo avesse carattere *“sperimentale”*⁹².

Da ultimo v’è da aggiungere che il recente Accordo Integrato Regionale del 2019 ha dato mandato alle ATS di sviluppare un modello organizzativo condiviso, anche in vista della futura individuazione delle UCCP.

4.3. Veneto.

Il sistema socio-sanitario veneto, sin dalla Legge Regionale n. 56/1994, ha aderito alla concezione

⁸⁹ Art. 6, co. 3, lettere a), b) e c) della L.R. n. 23/2015.

⁹⁰ Art. 7, co. 1, della L.R. n. 23/2015.

⁹¹ Art. 1, co. b), della L.R. n. 41/2015.

⁹² Art. 1bis della L.R. n. 41/2015.

c.d. biopsicosociale⁹³, tanto da modificare anche il nome delle ASL in Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie e prevedendo all'interno di ogni AULSS la presenza di un direttore dei servizi sociali in aggiunta ai direttori generale, sanitario e amministrativo.

Dal 2001 al 2004 vi è stato uno sviluppo spontaneo di forme associative tra medici di base, mentre nel quadriennio 2005-2008 sono state attivate forme associative sperimentali come le UTAP nelle quali oltre ai medici è stato coinvolto anche il personale infermieristico e gli specialisti ambulatoriali.

Dal 2009 al 2012 il Veneto ha predisposto i Piani Aziendali volti al potenziamento dell'assistenza primaria ed a forme multiprofessionali composte da medici, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo.

Il vero punto di svolta, però, è stato rappresentato dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, approvato con Legge Regionale n. 23/2012, con il quale è stato introdotto il concetto di “filiera dell'assistenza”, all'interno della quale sono inserite tutte le strutture volte a collaborare per garantire la cura del paziente e necessarie a sovrintendere ad ogni fase dell'assistenza necessaria al malato⁹⁴. In attuazione di questi obiettivi il Veneto ha creato Le Medicine di Gruppo Integrate (MGI)⁹⁵, cioè forme associative maggiormente avanzate rispetto a quelle sperimentate nella precedente programmazione sanitaria regionale e pienamente in linea con il contenuto del Decreto Balduzzi.

Le MGI consistono in team multiprofessionali (con medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri ed assistenti sociali) e sono impegnate a fornire un'assistenza complessiva, che va dalla prevenzione sino alle cure palliative⁹⁶. Le Medicine di Gruppo Integrate così strutturate rappresentano, quindi, un tassello essenziale del Distretto socio-sanitario, divenendo il perno della filiera assistenziale.

Dal complessivo quadro organizzativo si evince che la Regione Veneto ha creato un modello fortemente integrato, che ha più punti di contatto con quello dell'Emilia Romagna, mentre appare assai distante da quello lombardo⁹⁷.

⁹³ Modello teorizzato da George Libman Engel che in un articolo pubblicato su Science 1977 ha affermato che “*La crisi della medicina deriva dall'inferenza logica che porta a definire la “malattia” solo in termini somatici, cosicchè i medici non sono tenuti ad occuparsi delle istanze psicosociali in quanto queste ricadrebbero al di fuori della loro responsabilità e dell'autorità della medicina*”.

⁹⁴ M. C. GHIOTTO, *Cure primarie H24: il quadro nel Veneto*, Il Sole 24 ore sanità, febbraio 2014, p. 14.

⁹⁵ DGR n. 751/2015.

⁹⁶ I presupposti elementi caratterizzanti le MGI le rendono assimilabili alle logiche alla base delle UCCP.

⁹⁷ V'è da citare il nuovo PSSR 2019/2023 nel quale sono state previste tre possibili modalità di collaborazione tra azienda e professionisti convenzionati dell'assistenza primaria per la gestione della cronicità semplice: 1) le tradizionali forme di aggregazione; 2) team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN; 3) team di assistenza primaria la cui gestione è affidata a soggetti privati accreditati. Per quanto riguarda, invece, la presa in carico della

4.4. Il *patchwork* delle scelte regionali.

Il compito delle Regioni di riorganizzare l'assistenza territoriale alla luce delle disposizioni contenute dalla legge sulla *spending review*, dal Decreto Balduzzi e dal Decreto del Ministero della Salute n. 75/2015, è stato assolto in maniera diversa, diversificata e, per certi aspetti, contrastante da parte dei singoli Enti regionali. La disamina di alcuni casi emblematici consegna, infatti, un quadro quantomai frastagliato nel quale il modello integrato di Emilia Romagna e Veneto è abissalmente distante da quello lombardo che ha alla sua base una differente concezione tanto della programmazione regionale in campo sanitario, quanto del ruolo stesso del potere pubblico nella gestione dell'assistenza.

Invero, in alcuni casi sembra che il legislatore regionale non abbia occupato lo spazio di discrezionalità lasciategli dalla normativa nazionale, ma sia andato ben oltre.

Si è dinanzi ad una sorta di *patchwork* normativo regionale che si riverbera inevitabilmente sulla risposta socio-assistenziale territoriale. Non si è certi di essere dinanzi a sfumature diverse all'interno di un unico SSN, ma a scelte slegate tra loro, poco assonanti e che toccano l'uguaglianza e l'unità dell'assistenza sanitaria.

Tantomeno legislazione nazionale non è esente da vizi con riferimento alla fase attuativa, siccome mentre il contenuto del Decreto Balduzzi sulle AFT non poneva particolari problemi di applicazione, le maggiori criticità si sono verificate con riferimento alle UCCP per le quali il legislatore nazionale ha fatto una scelta che ha imposto alle Regioni di ridisegnare dalle fondamenta le diverse assistenze territoriali. Il legislatore statale ha demandato alle Regioni sia l'individuazione dei principi relativi agli standard per l'erogazione delle prestazioni, sia la programmazione e la creazione delle UCCP (oltre ai criteri attraverso i quali le ASL dovranno concordare le attività ed il finanziamento)⁹⁸, così lasciando dei margini decisionali tanto ampi da lasciare spazio a notevoli differenziazioni regionali che, in alcuni casi, hanno snaturato le stesse forme di aggregazione multidisciplinari finendo anche per incidere sulle modalità di erogazione dell'assistenza territoriale e sulla qualità.

cronicità complessa si fa ricorso a team multiprofessionali specificamente dedicati. Tale orientamento ha trovato riscontro in un atto regionale endoprocedimentale del luglio 2019 nel quale è stata prevista una possibile riorganizzazione delle MGI e la nascita dei Team di Assistenza Primaria, composti da almeno 4 medici e con un bacino di circa 8.000 assistiti, con la possibilità quindi di incrementare il massimale fino a duemila assistiti in carico.

⁹⁸ B. AGNETTI, *I punti deboli della Legge Balduzzi e del Patto della salute*, Quotidiano Sanità, www.quotidianosanita.it 12.08.2015.

5. Le lacune dell'assistenza territoriale messe a nudo dal Covid-19.

Il contesto dell'organizzazione dell'assistenza territoriale che rinviene dall'analisi dell'evoluzione legislativa che si è avuto modo di descrivere unitamente ai differenti approcci organizzativi su base regionale, fa emergere le pecche di un sistema che è ben lungi dall'assicurare quella “continuità assistenziale” più volte enunciata. Se la riduzione dei posti letto ospedalieri fissata dal legislatore nazionale nel 2012 era una cartina di tornasole della volontà di prevedere l'ospedalizzazione come l'*extrema ratio* a fronte della maggiore appropriatezza ed economicità della presa in cura del paziente a livello territoriale, nella realtà ha realizzato un processo riformatore a doppia velocità siccome a fronte di una riduzione repentina dei posti letto nelle strutture ospedaliere delle diverse regioni non si è avuto (e non si poteva avere) una parallela e contestuale riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Se tutto ciò poteva rappresentare un campanello d'allarme nella gestione ordinaria della sanità, è divenuto un grave *vulnus* all'indomani del diffondersi della pandemia del Covid-19. Il rapido contagio del virus e i suoi effetti sulla salute dei cittadini hanno avuto un impatto deflagrante sulla rete ospedaliera delle Regioni maggiormente colpite (Lombardia in primo luogo), senza che i nosocomi potessero essere alleviati o adeguatamente supportati dall'assistenza territoriale.

L'assistenza territoriale avrebbe dovuto fungere da filtro, per verificare lo stato del contagio e lo stato di salute dei cittadini, e avrebbe dovuto svolgere un'essenziale attività di cura e assistenza per tutti quei malati che non necessitavano delle cure ospedaliere, ma che, per affrontare l'evoluzione della propria patologia abbisognavano di cure da parte della sanità di base.

Il deficit e le difficoltà dell'assistenza territoriale hanno avuto come risvolto negativo, per un verso, l'impossibilità di rispondere alla domanda di cura proveniente dai cittadini malati presso i loro domicili, e, per altro verso, il sovraffollamento ospedaliero da parte di coloro i quali, non trovando riscontro nell'assistenza di base, non potevano far altro che rivolgersi alla rete ospedaliera, già fortemente provata dai numeri esorbitanti dettati dalla pandemia.

Il territorio ha rappresentato il *punctum dolens* della Lombardia e di altre Regioni, tanto da indurre alcuni analisti ad invocare la necessità di un ripensamento dell’*“integrazione tra ospedali, medicina generale e assistenza extra-ospedaliera”*⁹⁹.

La pandemia ha inciso, quindi, su un'organizzazione socio-assistenziale già deficitaria, dando concretezza alle perplessità emerse dopo le decisioni organizzative regionali ed in seguito ai

⁹⁹ S. HARARI, “Pure per la sanità una fase 2 che riparta dal territorio e coinvolga di più i medici”, Il Corriere della Sera, 01.05.2020.

provvedimenti nazionali di *spending review* succedutisi nel tempo¹⁰⁰.

E' necessario, infatti, evidenziare che la centralità delle cure primarie si è ulteriormente accentuata con l'adozione del Decreto del Ministero della Salute n. 70/2015¹⁰¹, attuativo della Legge n. 95/2012 di contenimento della spesa pubblica. Il decreto ministeriale ha previsto una riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri sino a giungere alla soglia, già richiamata, di 3,7 per ogni mille abitanti fissata dal D.L. n. 95/2012, ed ha, altresì, definito in maniera puntuale la limitazione dei posti letto per ogni singola specialità. Tale rimodulazione ha caricato di ancor più pregnanza la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, perché ha di fatto spostato su quest'ultimo livello una molteplicità di domande di salute che in precedenza venivano accolte (in maniera spesso inappropriata) dai nosocomi.

A conferma di quanto argomentato si richiama il contenuto dell'art. 10 del Decreto ministeriale n. 70/2015 che ha esplicitato la necessità del potenziamento dell'organizzazione sanitaria a livello territoriale: *“La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale”*. Tale previsione rende evidente che l'omessa implementazione delle strutture territoriali verificatasi nella fase attuativa della normativa statale ha di fatto minato l'architettura del SSN.

Gli interventi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale hanno portato ad una ridefinizione del rapporto con i professionisti convenzionati (in via principale con i medici di medicina generale), che sono stati chiamati, sempre più, a svolgere una funzione di *governance* sia della domanda che degli interventi erogati (spesso in modo frammentato) da soggetti diversi. Nel tempo, però, le sfide con cui le cure primarie sono state chiamate a confrontarsi sono cresciute¹⁰², nonostante a ciò non

¹⁰⁰ Sul punto sono emblematiche le affermazioni dell'On. Giacinto Urso, già Presidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati all'epoca dell'approvazione della L. 833/1978: *“Uno dei punti nodali [del varo legislativo del Servizio Sanitario nazionale] fu l'articolazione della essenziale assistenza sanitaria territoriale di prossimità attraverso i medici di base. Purtroppo, questa, da anni, presenta l'obbligo di profonde revisioni, anche giuridiche. I recenti eventi hanno accresciuto le disfunzioni”*, Nuovo Quotidiano di Puglia, 03.05.2020.

¹⁰¹ *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”*.

¹⁰² Si pensi che dal 1997 al 2002 il numero di contatti annuali per un medico di medicina generale con 1.000 assistiti è passato da 4,737 a 7,454 con un incremento percentuale del 57%, cf.r. F. SAMANI, G. CANCELIANI, *Il carico di lavoro in medicina generale*, Rivista SIMG, 2, 2003, pp.10-12.

sia sempre corrisposto pari aumento delle risorse a disposizione¹⁰³.

A ciò si deve aggiungere anche la composizione demografica dei medici di medicina generale ed il rischio di carenza assistenziale in ragione del progressivo pensionamento degli stessi senza la previsione di un pari ricambio. Dal 2007 al 2017 vi è stato un significativo decremento della presenza di medici di medicina generale, passati da 46.964 unità a 43.731, facendo registrare una contrazione pari al 6,9%¹⁰⁴. Anche la composizione demografica dei medici di base fa molto riflettere, siccome la percentuale di medici di medicina generale con oltre 27 anni di anzianità di laurea è passata dal 32,2% al 73,5%¹⁰⁵. Per di più un'analisi in base alla situazione in ogni singola Regione fa emergere rilevanti difformità, tanto è vero che in alcune Regioni del Nord il rapporto tra il numero di abitanti e la presenza di un medico di base ha superato la quota di 1.300, determinando già una crisi demografica a livello professionale e medici di medicina generale attivi e risultano quindi già in piena crisi demografica a livello professionale¹⁰⁶. Né questo trend non è stato compensato da un sufficiente numero di borse di studio per il corso di medicina generale messe a bando¹⁰⁷.

Tale contesto, già fragile, è stato ulteriormente provato dalla rimodulazione dell'assistenza territoriale imposta dal Decreto Balduzzi e dalle successive decisioni regionali. Al riguardo si evidenzia che sin dal 2016 gli esiti non sono stati incoraggianti evidenziando una debolezza strutturale (oggi acuitasi con l'arrivo del Covid-19). Il punto di caduta è stato individuato nella

¹⁰³B. BAIRD, A. CHARLES, M. HANOYMAN, D. MAGUIRE, P. DAS (2016), *Understanding pressures in general practice*, King's Fund, 2015, https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Un-derstanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf.

¹⁰⁴ Annuario Statistico del SSN.

¹⁰⁵ Dai dati FIMMG 2019 si evince che nei prossimi 5 anni ci sarà l'uscita dal SSN per pensionamento di circa 45.000 medici di medicina generale che per larga parte non verranno sostituiti da nuove assunzioni. Se si estende l'analisi ad un arco temporale di 10 anni e si ricomprendono anche i medici ospedalieri la stima si attesta sul pensionamento di 33.392 medici di base e di 47.284 medici ospedalieri, con un riverbero facilmente intuibile tanto sull'assistenza territoriale, quanto su quella ospedaliera.

¹⁰⁶ Cfr. C. CAPPELLI, *Analisi di scenario nazionale e regionale sulle carenze in medicina generale e strategie per il superamento della gobba pensionistica attraverso la revisione del rapporto ottimale di assistenza*, 2018, <http://drclaudiocappelli.it/wp-content/uploads/2018/12/Tesi-Master-Claudio-Cappelli-Carenze-MMG.pdf>. Il trend italiano è, purtroppo, in linea con quanto emerso anche in altri contesti internazionali, come nel contesto americano, cfr. T. BODENHEIMER, H. H. PHAM, *Primary care: current problems and pro-posed solutions*, Health Aff, Millwood, 2010, 29, pp. 799-805; e come avviene anche nel National Health Service inglese cfr. B. HAYHOE, A. MAJEED, M. HAMLIN, M. SHYNA, *Primary care workfor-ce crisis: how many more GPs do we need?*, in RCGP annual conference, Harrogate, 2016, <http://www.rcgpac.org.uk/service-delivery-posters-3007-3013/>;

¹⁰⁷ Tale situazione è ulteriormente aggravata dal fatto che la medicina generale registra i più alti tassi di abbandono nel corso del processo di specializzazione. Con la Delibera n. 77/2018 il CIPE aveva previsto l'accantonamento di 40 milioni di euro addizionali per il finanziamento nel triennio 2018-2021 di ulteriori 860 borse di studio annue per i medici di medicina generale. Questo provvedimento, però, non è stato risolutivo, atteso che la situazione nel 2019 ha fatto registrare una sorta di paralisi siccome ottobre 2019 non era stato ancora pubblicato il bando di concorso per l'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale 2019-2022.

difficoltà di far convivere il modello stabilito dal D.L. 158/2012 con le differenze (a volte a limite del consentito) dettate dalle singole Regioni: *“al di là della variegata e talora fuorviante nomenclatura utilizzata di Regione in Regione, i modelli organizzativi sinora ipotizzati in Italia (se e quando effettivamente attivati) presenteranno così tante variabili regionali e così tanti innesti con i preesistenti modelli locali di cure primarie da perdere, talvolta, essi stessi un’immediata riconoscibilità ‘esterna’ come dirette attuazioni del decreto Balduzzi e, cosa ancor più importante, da far perdere di vista l’‘uniformità assistenziale’, interregionale e intraregionale, pure raccomandata dal Patto per la salute per gli anni 2014-2016”*¹⁰⁸.

In tal senso si richiama anche una presa di posizione espressa durante il convegno *“A 40 anni dalla legge 833 del 1978. Le sfide per la sanità e la salute”* tenutosi il 9.11.2018, dal quale è emerso *“che l’attuazione delle AFT e UCCP è ferma ai blocchi di partenza, fatta eccezione per alcune fattispecie promosse da alcune regioni, peraltro sotto diverse denominazioni e di differente consistenza organizzativa, che hanno fatto sì che si venisse a formare ad oggi una mappa realizzativa così variopinta da richiedere un pronto rimedio finalizzato a coordinare ed efficientare quanto realizzato con quanto efficacemente realizzabile”*¹⁰⁹. Una riflessione (amara) che, peraltro, ha trovato anche l’ammissione dello stesso ex Ministro Balduzzi¹¹⁰.

Da quanto esposto si evince che si è in presenza di un assetto dell’organizzazione territoriale dell’assistenza che accusa scarsità di risorse, carenza di personale e disomogeneità tra Regioni a tal punto evidenti da porre in serio dubbio la tenuta complessiva del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Covid-19 ha fatto prendere coscienza, in maniera drammatica, del fatto che una assistenza territoriale inadeguata o non opportunamente integrata e coordinata con la rete ospedaliera, rappresenta un peso per ogni Servizio Sanitario Regionale, e, dall’altro lato, ha fatto emergere i risvolti negativi dei ritardi, delle inadempienze e degli errori organizzativi statali e regionali che, oggi, impongono un momento di riflessione a livello legislativo e costituzionale.

¹⁰⁸ D. ARGENIO HUPPERTZ, *L’applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie*, in C. BOTTARI - P.DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2016, p. 217.

¹⁰⁹ E. JORIO, *L’assistenza primaria, relazione al Convegno “A 40 anni dalla legge 833 del 1978. Le sfide per la sanità e la salute”*, Roma, 9.11.2018, p. 12 della relazione.

¹¹⁰ *“La mia riforma era corretta, non è stata fatta la rivoluzione della medicina territoriale”*, Renato Balduzzi, La Stampa 17.04.2020.