

Osservatorio sui sistemi sanitari

Osservatorio sui sistemi sanitari

Resoconto del Seminario

Il decreto ministeriale n.

77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», Università

degli studi dell'Aquila 6 ottobre 2022

Fabrizio Politi*

Il 6 ottobre 2022 presso la sede di Economia dell'Università dell'Aquila, si è tenuto il Seminario *“Il decreto ministeriale n. 77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*, quale momento scientifico di approfondimento del contenuto del d.m. n 77/2022. Il seminario è stato organizzato e svolto dall'Unità dell'Università dell'Aquila (*“Organizzazione del servizio sanitario nazionale ed effettività del diritto alla salute”*) del Prin (Progetto di ricerca di interesse nazionale) 2020, dedicato a *“Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia”* (Prin che è svolto anche dalle unità delle Università Cattolica di Milano, Roma Tre, Roma Tor Vergata e Genova e che ha come *Principal Investigator* il prof. Renato Balduzzi, che ha diretto i lavori del Seminario).

Nel momento dei saluti istituzionali, è intervenuto Alfonso Mascitelli (Direttore Sanitario dell'Asl dell'Aquila) che ha definito il d.m. 77 del 2022 “un'occasione da cogliere” e che ha evidenziato alcune delle sfide che la nuova disciplina pone in materia di medicina ter-

* Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università dell'Aquila.

ritoriale. Allo stesso tempo è stato rilevato che l'art. 4 del decreto, ponendo una clausola di invarianza finanziaria, rende estremamente complesso ogni intervento. Riemerge così la tradizionale tensione fra l'assegnazione agli attori locali di rilevanti compiti e la non adeguata previsione di corrispondenti risorse finanziarie e strumentali.

Apprendo l'incontro, Renato Balduzzi ha sottolineato le numerose questioni poste dall'applicazione concreta del d.m. n. 77/2022 evidenziando, oltre ai profili legati al fondamento normativo del regolamento (e dunque al rispetto del principio di legalità e alla collocazione del regolamento nel vigente sistema delle fonti), i problemi tecnico-finanziari, culturali e politici che si pongono sul versante applicativo della nuova disciplina. Balduzzi si è soffermato, in particolare, sul "modello" di assistenza territoriale delineato dal decreto, sulla necessità di risorse *ad hoc*, sul rischio di una "strisciante privatizzazione" del servizio sanitario nazionale e sul persistere di una certa "incomunicabilità" tra "sociale" e "sanitario" a fronte di un'evidente importanza e centralità dell'integrazione sociosanitaria.

Il Seminario si è dunque incentrato sulle relazioni (una di carattere giuspubblicistico ed una di carattere gestionale) di Fabrizio Politi e di Paola Olimpia Achard (entrambi membri dell'unità aquilana del Prin).

Fabrizio Politi ha illustrato la disciplina introdotta dal d.m. n. 77/2022 e gli effetti della stessa sul S.s.n. e sulla tutela del diritto alla salute, nonché alcune criticità del regolamento (strutturato in quattro articoli e tre allegati), legate alle formulazioni del testo, ai dubbi relativi alla collocazione dello stesso nel vigente quadro normativo e alle dinamiche dei rapporti fra Stato e Regioni.

La questione di fondo, posta dalla medicina territoriale, ruota attorno alla capacità di individuazione di una normativa capace di coniugare l'esigenza di uniforme tutela del diritto alla salute in tutto il territorio della Repubblica con la garanzia di uno spazio per le autonomie. È necessario, dunque, interrogarsi sulla "capacità di prestazione", in termini di efficienza e di efficacia della tutela del diritto alla salute, del modello di medicina territoriale delineato dal d.m. 77/2022, ma cercando anche che la relativa disciplina assicuri alle autonomie regionali un margine di scelta nelle rispettive decisioni in ragione delle peculiarità dei rispettivi territori. Il modello di assistenza territoriale delineato dal regolamento (con i relativi *standard* qualitativi e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale) sembra essere costruito con una specifica attenzione al sistema di prevenzione in ambito sanitario. Si conferma così quell'avanzamento, da tempo segnalato dalla dottrina e dalla giurisprudenza (ma anche dallo stesso legislatore), nella tutela del diritto alla salute, quale bene da preservare (e con effetti benefici anche sulla sostenibilità economica del S.s.n.). L'esame dei singoli contenuti del d.m. n. 77/2022 pone la domanda relativa alla collocazione della nuova disciplina all'interno del quadro normativo già esistente. Il decreto ministeriale non abroga esplicitamente alcun testo e quindi eventuali abrogazioni implicite sono da ritenersi operanti solo nei confronti di testi normativi di secondo grado, ma è opportuno ricordare che gran parte della disciplina vigente è posta in fonti di grado primario (statale e regionale). Si pone dunque la necessità di una ricostruzione coerente del sistema delle fonti ed è all'interno di tale ricostruzione che appare necessario interrogarsi sullo spazio normativo assegnato (o rimanente) alla potestà legislativa regionale (in merito, ad

esempio, alla disciplina del dipartimento, alla strutturazione dello stesso all'interno delle asl, ecc.). Riemerge, di conseguenza, il problema, già delineato da Renato Balduzzi, relativo al fondamento legislativo del nuovo modello di medicina territoriale ed alla centralità del rispetto del principio di legalità con riguardo a numerosi aspetti della vita quotidiana del S.s.n.: dai profili della responsabilità (amministrativa, civile, penale, contabile) a quelli connessi alla tutela giuslavoristica fino a quelli attinenti agli assetti ordinamentali (piante organiche, rapporti fra i diversi livelli aziendali, ecc.). L'attenzione al principio di legalità si dimostra dunque non come formalistico adempimento, ma come doveroso fondamento legislativo che assicura, da un lato, una tutela delle garanzie e, dall'altro lato, una "certezza dei rapporti", altrimenti facilmente demolibili in via giurisprudenziale.

Con riguardo al ruolo delle Regioni, Politi ha evidenziato che l'art. 1, secondo comma, del d.m. n. 77/2022 assegna alle Regioni il compito di adottare (entro sei mesi) il "provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale" e che spetta all'Agenas svolgere un monitoraggio semestrale sullo stato di implementazione in ogni Regione degli standard introdotti dalla nuova disciplina. L'attuazione del decreto ministeriale è requisito necessario affinché la Regione possa avere accesso ai finanziamenti previsti dal decreto stesso. A questo proposito si deve rilevare la stringatezza della disciplina che non prevede, ad esempio, alcuna procedimentalizzazione (o interlocuzione) fra Agenas e Regioni; non è difficile immaginare che un dialogo verrà a svilupparsi autonomamente, ma forse sarebbe stato preferibile che il regolamento prevedesse già alcuni passaggi principali, soprattutto quale garanzia di attuazione del principio di leale collaborazione. Va aggiunto che le Regioni, a loro volta, si trovano in condizioni di grande differenza: se alcune Regioni sono – più o meno – avanti nella costruzione di una rete di assistenza territoriale, altre accusano ritardi significativi, senza dimenticare le difficoltà specifiche delle Regioni in piano di rientro o commissariate. Anche da questo punto di vista la stringatezza della disciplina del d.m. n. 77/2022 non aiuta. L'allegato n. 1 del decreto delinea il modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. La relativa disciplina è fondata sull'integrazione fra ambito sanitario, ambito sociosanitario e ambito sociale; questa integrazione – che è una proiezione di quella anticipazione della tutela della salute propria della dimensione della prevenzione – è anche strumento di programmazione e di attuazione delle cure sanitarie, secondo criteri di efficacia ed efficienza e di legame col territorio. La domanda vera è quanto le Regioni riusciranno in questa sfida. Va inoltre aggiunto che il decreto ed i relativi allegati introducono anche una nuova terminologia (Casa della comunità, Infermiere di famiglia o di comunità, Unità di continuità assistenziale, Centrale operativa territoriale, Centrale operativa 116117, Ospedale di comunità, Rete delle cure palliative, Servizi per la salute dei minori e delle donne, telemedicina, stratificazione della popolazione, medicina di popolazione, progetto di salute, sanità di iniziativa, ecc.), con i relativi acronimi (CdC, Idfodc, Uca, Cot, OdC, ecc.), alla quale ci si dovrà abituare e che non deve essere percepita solo come una nuova denominazione di preesistenti strutture, ma il risultato di una nuova visione della medicina territoriale.

Nell'ampio e complesso quadro posto dalla nuova normativa, un ruolo centrale viene riconosciuto al Distretto, quale articolazione organizzativa e funzionale della Asl sul territorio.

A questo proposito, il d.m. n. 77/2022 rimette alla legge regionale la disciplina del distretto, ma è facile domandarsi quanto spazio resti alla potestà legislativa regionale in ragione della dettagliata disciplina introdotta dal decreto medesimo. E, da questa prospettiva, riemerge la questione legata alla dimensione degli ambiti affidati all'autonomia (e non solo legislativa) regionale in particolare con riguardo all'interrogativo circa l'opportunità della previsione di un unico modello territoriale sostanzialmente identico per tutte le Regioni. L'esperienza del Servizio sanitario nazionale ha dimostrato l'importanza di lasciare uno spazio di autonomia alle varie articolazioni territoriali, autonomia che ovviamente deve essere declinata quale strumento che accresca la garanzia della tutela del diritto alla salute e non quale strada che conduca ad una divaricazione nella garanzia della tutela della salute. Questa constatazione conduce a ritenere necessari meccanismi di responsabilizzazione delle classi politiche decidenti. Di fronte a tali problemi appare necessario liberarsi da schemi precostituiti o ideologici ed interrogarsi invece con riguardo a questioni relative all'efficienza e all'efficacia del modello prescelto. In questo senso, anche la ricorrente questione delle forme di (e delle dimensioni della) modalità di coinvolgimento del settore privato deve essere affrontata secondo questa specifica visione, ribadendo, ovviamente, che il punto di partenza è rappresentato dalla responsabilità pubblica della tutela del diritto alla salute.

Il d.m. n. 77/2022 (nell'allegato n. 1) esplicita il proprio obiettivo nell'erogazione dei servizi, universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona. È importante – e merita apprezzamento – che il regolamento in esame ribadisca il valore della centralità della persona ed è con questa istanza di valore che è necessario misurare le problematiche relative alle esigenze organizzative ed ai costi della medicina territoriale. Il decreto pone anche una sorta di decalogo operativo: lo sviluppo delle strutture di prossimità (come appunto la Casa della comunità); l'attenzione alle cure domiciliari; l'integrazione fra assistenza sanitaria e socio-sanitaria; lo sviluppo di equipe multiprofessionali; l'affermazione di logiche di medicina di iniziativa e di presa in carico (attraverso la stratificazione della popolazione); l'utilizzo di strumenti e modelli digitalizzati; il coinvolgimento degli utenti (anche in forme associative) e degli attori locali. Nell'illustrato impianto organizzativo gioca un ruolo centrale la programmazione a sua volta costruita sulla "stratificazione della popolazione" come prevista dal decreto-legge n. 34 del 2020. L'art. 7 di tale decreto-legge prevede infatti l'elaborazione di modelli predittivi che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse. Alla stratificazione della popolazione viene così assegnato il ruolo di strumento di individuazione delle condizioni demografiche dei territori e dunque di strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione alla presa in carico. Il decreto muove dalla consapevolezza che l'efficacia del Servizio sanitario nazionale è direttamente dipendente dalla capacità del medesimo di tutelare la salute dell'intera popolazione. Questo approccio è definito, dal decreto stesso, "medicina di popolazione", con l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura.

L'attuazione della disciplina prevista dal d.m. n. 77/2022 richiede una condivisione dei valori su cui tale regolamentazione è posta; è, quindi, necessario un convinto ripensamento degli assetti strutturali e delle modalità operative, ma anche l'adozione di strumenti di misurazione dei cambiamenti. A questo proposito va rilevato che il decreto non pone una disciplina transitoria e dunque non è forse inutile interrogarsi sulle modalità di introduzione – da parte di ciascuna regione e di ciascuna azienda sanitaria – della nuova disciplina. La relazione di Paola Olimpia Achard si è concentrata sugli indirizzi strategici, effetti organizzativi e criticità gestionali del d.m. n. 77/2022. Achard ha rilevato come il decreto sia volto al completamento di una cornice di programmazione nazionale più ampia, orientata a rendere effettiva l'individuazione del territorio quale contesto strategico appropriato per potenziare la risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari. A tal proposito, l'analisi dei *drivers* che hanno favorito l'approvazione del d.m. n. 77/2022 mette in evidenza come lo sviluppo dei servizi territoriali sia guidato da fattori di diversa natura: istituzionali, epidemiologici, sociali e *disruptive*. Il decreto, quindi, si configura quale attesa risposta politico-istituzionale volta ad incrementare l'efficacia, l'appropriatezza, l'equità e l'accessibilità dei servizi sanitari erogati nei diversi sistemi sanitari regionali.

La strategia sottesa alla gestione dei servizi territoriali è la creazione di reti sul territorio, intese come una modalità di integrazione, che prevede una – più o meno volontaria – cooperazione tra organizzazioni, le quali non appartengono necessariamente allo stesso settore. Le reti, infatti, possono essere forme di aggregazione intra- o inter-organizzative, in cui gli interventi istituzionali rappresentano le condizioni necessarie affinché si sviluppino ampie forme di cooperazione. Le reti di cui al d.m. n. 77/2022 sono *purpose specific*, nel senso che il loro sviluppo è incentivato per perseguire obiettivi strategici predeterminati. Nell'ambito della rete, il perseguimento delle finalità strategiche è garantito dall'adozione di un approccio di gestione per progetti. A tal proposito, il decreto introduce il “Progetto di Salute”. Agire secondo la logica progettuale consente di promuovere la medicina d'iniziativa e la stratificazione della popolazione (ovvero la necessaria segmentazione degli utenti/clienti/pazienti), supportate anche dal ricorso a servizi digitalizzati. Essa, inoltre, favorisce la co-progettazione dei servizi con gli utenti, valorizzando così la partecipazione di tutte le risorse della comunità, anche attraverso il coinvolgimento di diversi attori locali. La rete di relazioni tra gli attori si crea in risposta all'attivazione dello specifico “Progetto di Salute”, realizzato sulla base della specificità dei bisogni, di cui è portatore il singolo utente.

Sul piano organizzativo, il d.m. n. 77/2022 delinea un insieme di soluzioni che si costituiscono quali nodi (*Hub and Spoke*) della rete di servizi. Il Distretto Sanitario è il contesto in cui si sviluppa la rete territoriale, tenuto conto della specificità dei fattori demografici ed epidemiologici che caratterizzano i diversi ambiti geografici. La rilevanza dei singoli attori e delle singole strutture, nonché l'intensità delle relazioni che intercorrono tra la parti coinvolte, variano di volta in volta in funzione dello specifico “Progetto di Salute” attivato. In questo contesto si rilevano, tuttavia, alcune criticità, prima tra tutte la necessità di approfondire l'articolazione delle responsabilità (economico-finanziarie, tecnico-professionali, ecc.) e delle competenze tra gli attori coinvolti nel processo di cambiamento.

Le principali implicazioni gestionali che derivano dal rinnovato impianto strategico ed organizzativo sono rinvenibili nel fabbisogno di maturare, nei diversi contesti, competenze che garantiscano la valorizzazione delle interdipendenze rilevanti a livello intra- ed inter-organizzativo, unitamente al coinvolgimento dei diversi attori nel processo di pianificazione delle strategie sanitarie territoriali, ed allo sviluppo di processi di gestione integrata dei bisogni di salute.

Dopo le due relazioni, è seguito un ampio ed articolato dibattito che ha registrato numerosi interventi e riflessioni.

Matteo Cosulich ha evidenziato il rischio di una compressione delle autonomie speciali (profilo sottolineato con riguardo all'autonomia regionale anche da parte di Donatella Morana). Leila Fabiani ha ricordato la Dichiarazione di Alma Ata sull'assistenza sanitaria primaria ed in particolare il principio della accessibilità all'assistenza sanitaria da garantire a tutti gli individui e alle famiglie. In tale Dichiarazione si rinviene l'esplicita affermazione che l'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria. Emerge dunque l'importanza della medicina territoriale e, dunque, la predisposizione di strumenti organizzativi ed operativi che assicurino la presa in carico della popolazione; il d.m. n. 77/2022 appare chiaramente orientato in tale direzione.

Francesca Carocchia ha affermato che il particolare angolo prospettico offerto dal diritto sanitario consente agli studiosi del diritto privato di evidenziare almeno due profili d'indagine: quello della tutela delle fragilità e quello della responsabilità. Quanto alla tutela delle fragilità, già i primi commenti hanno ampiamente evidenziato come il testo ministeriale sia un'occasione mancata. I temi della salute mentale, delle tossicodipendenze e, più in generale, della tutela dei soggetti fragili non sembrano essere presi in considerazione, né il testo normativo rinvia ad ulteriori interventi che disciplinino, in un prossimo futuro, il settore. Se a ciò si aggiunge il riassetto dei consultori familiari, il quadro che ne deriva appare piuttosto preoccupante, aprendo spazi per una approfondita riflessione sugli strumenti di tutela offerti attualmente dal diritto privato. C'è però anche un ulteriore profilo, sempre legato alle fragilità e che aleggia, per così dire, sullo sfondo dell'intero decreto: in questo settore, il potenziamento della c.d. telemedicina e delle nuove tecnologie costituisce un momento centrale del processo di riorganizzazione della medicina territoriale, e non può che essere bene accolto. Tuttavia, appare essenziale che ad esso si affianchi una riflessione importante sul c.d. digital divide, cioè sul rischio che alcuni soggetti, paradossalmente proprio quelli in favore dei quali le nuove tecnologie dovrebbero rappresentare un importante supporto, vengano invece, di fatto, esclusi. Il rischio, insomma, è che la telemedicina, nata anche e soprattutto per facilitare la gestione di alcune situazioni di fragilità, diventi invece un fattore di emarginazione. Quanto al secondo dei profili di interesse dianzi evidenziati, quello relativo alla responsabilità, appare qui particolarmente

evidente l'evoluzione da una prospettiva di c.d. *strict liability* ad una prospettiva di c.d. *accountability*; questa circostanza è ormai ampiamente segnalata in dottrina ed evidente nei modelli di responsabilità più recenti. Com'è noto, la prospettiva di *accountability*, rispetto alla prima, pone al centro della riflessione la fase preventiva di gestione del rischio e di predisposizione di tutti gli strumenti (operativi, organizzativi, sanzionatori) volti a incentivare comportamenti non produttivi di danno. Tuttavia, la corretta costruzione dei sistemi di *accountability* presuppone: la fissazione di standard organizzativi, l'individuazione di soggetti che certifichino e/o controllino il rispetto di tali standard; meccanismi sanzionatori per il mancato rispetto degli standard; corretta integrazione/complementarità con il sistema, parallelo, di *liability*. Anche in questa prospettiva, l'assetto disegnato dal d.m. n. 77/2022 appare piuttosto carente, consentendo così di individuare ulteriori spazi di ricerca nella predisposizione di modelli di gestione del rischio.

Vincenzo Antonelli ha evidenziato che il d.m. n. 77/2022, nel delineare il nuovo "sistema" dell'assistenza territoriale, si preoccupa principalmente di individuare modelli organizzativi e standard erogativi nella logica di garantire un "governo" – o secondo una terminologia anglosassone il "government" - dell'offerta pubblica dei servizi assistenziali. Rimane sullo sfondo e non pienamente sviluppato il rapporto degli erogatori di assistenza territoriale con una molteplicità di soggetti chiamati ad interagire con essi (quali le farmacie, i comuni, gli ambiti territoriali sociali, gli operatori del terzo settore) al fine di costruire una "governance" del sistema. Questa prospettiva necessita di analisi ed approfondimento, soprattutto in relazione alla contestuale ed *in itinere* riforma dell'assistenza sociale, che rischia di riproporre una visione incentrata su una separazione tra i due ambiti di assistenza e che tende più al coordinamento che alla reale integrazione tra i due sistemi.

Alessia Fonzi ha rilevato che l'art. 1 del d.m. n. 77/2022 esplicita che le Regioni provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard del decreto medesimo ed in coerenza con gli investimenti previsti nella missione 6, componente 1, del Pnrr. L'attuazione del decreto si snoda dunque attraverso una pluralità di attori istituzionali, *in primis* a livello statale e regionale. E così, nella prospettiva degli interventi statali legati al Pnrr, l'attività di controllo è rimessa al Collegio per il controllo concomitante della Corte dei conti presso la sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato. A questo proposito va rilevato che, dall'esame delle delibere di tale Collegio finora depositate (n. 4 e n. 6 del 2022), sono emerse alcune criticità, soprattutto sul piano economico-finanziario, dovute alla clausola di invarianza finanziaria di cui all'articolo 4 del d.m. n. 77/2022. Negli interventi relativi alle Centrali operative territoriali (e, nello specifico, nel Progetto di strumenti di intelligenza artificiale, legato alla elaborazione di algoritmi predittivi per la stratificazione della popolazione nell'ottica della prevenzione e nell'intervento relativo al Portale della trasparenza) le criticità emerse attengono, da un lato, la necessità di concludere le attività di progettazione programmate (al fine di rispettare i tempi di progressiva attuazione del programma) e, dall'altro, la necessità di delineare da parte dei soggetti attuatori (Ministero della salute e Agenas) il quadro economico-finanziario degli interventi in essere, con specifico riferimento al fabbisogno di personale e tenuto conto dei limiti di spesa massimi previsti dalla

circolare del Mef n. 4 del 2021. Rispetto al progetto “Salute, ambiente, biodiversità e clima”, che riguarda gli impatti sulla salute attuali e futuri associati ai rischi ambientali e climatici in una visione *One-Health*, la criticità emersa attiene non alla pianificazione degli interventi da parte del soggetto attuatore (in questo caso il SNPA – Sistema Nazionale per la Protezione dell’Ambiente), ma alla connessa distribuzione delle risorse al soggetto attuatore che sembra essere improntata più a logiche di breve periodo, senza un programma strutturato di efficientamento del SNPA. Dal punto di vista dell’attuazione del d.m. n. 77/2022, sembra, dunque, che si sia innanzi a due binari percorsi a velocità differenti: la tempistica del Pnrr richiede, infatti, una accelerazione degli interventi sui quali già emergono le prime criticità a seguito del controllo della magistratura contabile. L’attuazione dei contenuti del d.m. da parte delle Regioni, che – lo ricordiamo – prevede l’adozione del provvedimento generale di programmazione dell’assistenza territoriale entro sei mesi dall’entrata in vigore del d.m. 77 e un’attività di monitoraggio degli standard semestrale, procede, al contrario, ad una velocità inferiore. Il rischio è dunque quello di costruire contenitori senza servizi a meno di richiedere anche alle Regioni un’accelerazione sull’attuazione del modello di assistenza territoriale e del sistema di prevenzione.

Cristina Equizi ha affermato che il d.m. n. 77/2022 richiama due profili di particolare interesse: quello della prevenzione e quello relativo al ruolo dei comuni nel nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale. Il concetto di prevenzione, previsto nell’allegato n. 1 del decreto quale scopo della “Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell’assistenza”, pare operare verso un’integrazione ospedale-territorio capace di apportare benefici sia di carattere sociale che economico. Infatti, attraverso le metodologie di stratificazione della popolazione, si ottimizzerebbe il trattamento personalizzato e multidisciplinare, rispettoso del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte; con la diminuzione degli interventi inappropriati, verrebbe, altresì, adottata, un’importante riduzione dei costi connessi. Il concetto di prevenzione deve essere inteso quale sinonimo di una migliore qualità delle cure e di risparmio di risorse. In relazione al ruolo dei comuni, l’azione degli stessi risulta fondamentale in termini di controllo (si pensi al Comitato dei sindaci di distretto che concorre, ai sensi dell’art. 3-*quater*, co. 4, del d. legisl. N. 502/1992, alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali), di proposta e anche di rivendicazione nei confronti del livello regionale e delle aziende sanitarie locali. In questo quadro, i sindaci dovrebbero esercitare una maggiore azione di vigilanza e di pressione affinché non siano perse le esperienze virtuose a livello locale e venga garantito un alto livello di assistenza.

Infine, Renato Balduzzi ha concluso l’incontro riprendendo tutti i punti affrontati nelle relazioni e nel dibattito, evidenziando l’importanza del d.m. n. 77/2022 e del Seminario, che ha rappresentato un incoraggiante avvio delle attività del Prin.