

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## Verso un sistema di unità sanitaria? Luci e ombre del DM 77/2022\*

Mariaconcetta D'Arienzo\*\*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

**SOMMARIO:** 1. Premessa e delimitazione del tema indagato. – 2. *Governance* sanitaria e riorganizzazione infrastrutturale della rete di assistenza sanitaria territoriale nel DM 77/2022. – 3. Stato dell'arte e possibili sviluppi della transizione al modello dell'unità sanitaria come sistema. – 4. Spunti di riflessione per la costruzione di un modello garantista ed integrato.

**ABSTRACT:**

Lo scritto illustra le principali novità introdotte dal DM 77/2022 che, in linea con gli obiettivi del PNRR, si propone di riorganizzare il SSN dall'interno attuando il passaggio a un modello di governo cooperativo in funzione della piena integrazione tra servizi sanitari, socio-assistenziali e sociali. L'indagine evidenzia le criticità che si frappongono all'attuazione del modello di prossimità voluto dalla Riforma suggerendo alcuni "correttivi" a garanzia della presa in carico e della tutela effettiva della persona nella sua dimensione globale.

---

\* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autrice nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

\*\* Professore associato di Diritto amministrativo nell'Università degli studi di Napoli "Parthenope".

## 1. Introduzione

Dall'emergenza Covid-19 al PNRR fino alla recente riforma dell'assistenza territoriale di cui al DM 23 maggio 2022, n. 77<sup>1</sup>, la sanità si conferma la cartina di tornasole per valutare lo stato di salute o di malattia dello Stato sociale di diritto<sup>2</sup>.

La Riforma dovrebbe rappresentare l'occasione per riorganizzare il SSN nel suo complesso, ma a un sommario esame dei contenuti non si può fare a meno di evidenziare come con essa, ciclicamente, si ripropongono le principali sfide del SSN: dalla diffusione di nuove varianti del Covid 19<sup>3</sup> all'emersione di nuovi virus, dalla prevenzione delle infezioni<sup>4</sup> alla ricerca di vaccini efficaci, dalla carenza di personale, alle liste d'attesa, ecc. In attesa degli sviluppi futuri e monitorando lo stato di attuazione del PNRR che punta, tra l'altro, al potenziamento della medicina territoriale, lo scritto si propone di delineare in prospettiva quale possa essere, in particolare, il futuro delle Case di Comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali Operative Territoriali, verificando – al netto dei progetti di revisione ed integrazione della normativa di settore in fieri – “se”, “in che misura” e “come” possano realizzarsi gli obiettivi prioritari della Riforma.

## 2. Governance sanitaria e riorganizzazione infrastrutturale della rete di assistenza sanitaria territoriale nel DM 77/2022

Dalla legge di Bilancio per il 2023 non provengono segnali confortanti, soprattutto se confrontati con il contesto più generale della crisi economica ed energetica suscettibili di impattare, tra l'altro, anche sugli sviluppi e gli esiti del progetto di riforma dell'autonomia differenziata in materia sanitaria<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” in G.U. n. 144 del 22 giugno 2022.

<sup>2</sup> In questo senso, cfr., V. SATTÀ, *Tutela della salute e garanzia del diritto all'istruzione nello stato di emergenza. Nuove opportunità e vecchi problemi alla sfida della pandemia*, in questa Rivista, n. 3/2020, 2 ss.

<sup>3</sup> Preoccupa la situazione in Spagna dove proprio in questo periodo si registra un rialzo significativo di diffusione della variante Arturo e del numero delle vittime del virus destinato certamente ad aumentare in assenza di un vaccino efficace. L'OMS ha segnalato l'avvento di una nuova pandemia in Cina che a partire dal mese di giugno farà registrare milioni di casi ogni settimana.

<sup>4</sup> Nei giorni immediatamente successivi all'alluvione in Emilia Romagna è scattato l'allarme infezioni e sono stati somministrati ai residenti e ai volontari centinaia di vaccini antitetano e contro la Dengue.

<sup>5</sup> Ferve il dibattito sul D.L. Calderoli, temendosi la proliferazione delle disuguaglianze regionali, il rischio della crescita esponenziale del bilancio regionale e il ridimensionamento di quello statale e, quindi, in sostanza, l'assenza di copertura finanziaria necessaria per garantire livelli adeguati delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali presso altre Regioni.

E in effetti, si paventa il rischio che «mantenendo la distribuzione della spesa storica si cristallizzerebbero le disuguaglianze»<sup>6</sup> nell'accesso alle infrastrutture ospedaliere, specie nelle Regioni meridionali ove si registrano le maggiori criticità.

Non a caso, i rischi maggiori per la *governance* sanitaria provengono proprio dal PNRR e dalle previsioni della Legge di Bilancio che lasciano presagire un sistema in cui proliferano le disuguaglianze e il decongestionamento degli ospedali che, quand'anche fosse un obiettivo possibile, non sarebbe un antidoto efficace contro fenomeni divenuti ormai quasi endemici e incontrollabili. Mi riferisco, in particolare, all'assenza e/o alla chiusura dei reparti<sup>7</sup>, all'incremento delle liste di attesa, alla carenza di personale, alla fuga dei medici dal SSN e alle aggressioni ai sanitari, senza considerare la mobilità interregionale di pazienti, specie malati oncologici, lo stato dell'arte delle malattie neurodegenerative e di quelle rare, la burocrazia legata all'appropriatezza prescrittiva e alla spesa dei farmaci, le difficoltà di attuazione dell'approccio integrato e multidisciplinare *One Health* per la ricerca di soluzioni efficaci alle questioni più spinose che affliggono la Sanità<sup>8</sup>.

La scelta di investire nel potenziamento infrastrutturale, nella sanità digitale e nel progresso tecnologico, ma non anche nella stessa misura nel capitale umano<sup>9</sup> non è certo priva di conseguenze, comportando l'aumento della distanza occupazionale e strutturale tra Nord e Sud del Paese.

Essa, infatti, si ripercuote sul sistema che risulterà meno attrattivo per gli operatori del settore inducendoli a dimettersi anche prima di maturare i requisiti per poter essere collocati in pensione, senza poter garantire il necessario *turn-over*.

Con la conseguenza che in assenza delle coperture effettive per il personale, cioè non basate su presunti e potenziali risparmi di spesa derivanti dall'applicazione della Riforma territoriale e dei servizi per i cittadini, questi ultimi si riverseranno nuovamente negli ospedali sprovvisti di personale in fuga.

In passato i maggiori problemi erano derivati dal progressivo ridimensionamento dei posti letto a cui non è seguito l'atteso rafforzamento della sanità territoriale specie nelle Regioni in cui si registravano le carenze più gravi.

<sup>6</sup> Secondo i dati forniti da Bankitalia e reperibili sul sito [www.bankitalia.it](http://www.bankitalia.it).

<sup>7</sup> In particolare, mi riferisco all'assenza e/o alla chiusura di reparti per le cure palliative per neonati e malati (anche oncologici) cronici Campania e nelle Regioni meridionali.

<sup>8</sup> *Amplius*, G. RAGONE, *One Health* e Costituzione italiana, tra spinte eco-centriche e nuove prospettive di tutela della salute umana, ambientale e animale, soffermandosi, tra l'altro, sul possibile impatto del riparto delle competenze sulla ricerca e l'applicazione dell'approccio *One Health*. S. ROSSA, *Riflessioni giuspubblicistiche in merito alle teorie Nudge e One Health* (spec. § 4), in questa Rivista (3, 2022).

<sup>9</sup> A titolo meramente esemplificativo, alquanto significativamente in tutta Italia si registra una grave insufficienza di pediatri, di conseguenza che quei pochi in servizio sono particolarmente sovraccarichi di lavoro e oberati dalle richieste di assistenza, il che naturalmente si ripercuote sulle condizioni di vita e di lavoro dei professionisti, sul tempo e sulla qualità della relazione e, quindi, dell'assistenza e della cura.

Il che ha determinato il fallimento delle Case della Salute e delle associazioni dei medici di base, ossia delle strutture intermedie che avrebbero dovuto alleggerire la pressione sugli ospedali e pronto soccorso<sup>10</sup>.

Parimenti, il modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale delineato dalla Riforma mostra poche luci e molte ombre sotto diversi profili.

Innanzitutto per l'assenza di una "chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture" e di "una revisione dei percorsi formativi per rafforzarli e adeguarli alla nuova impostazione delle cure primarie sul territorio"<sup>11</sup>. Da questo punto di vista, esso tradisce le aspettative di chi riteneva che la Riforma avesse ormai consacrato il passaggio a un modello di governo cooperativo – che postula appunto il trasferimento dei poteri decisionali dallo Stato agli enti locali e l'attribuzione del potere decisionale ai soggetti pubblici e privati radicati ed operanti sul territorio (ivi compresi gli ETS) in funzione della piena integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e della tutela e presa in carico della persona nella sua dimensione globale (sociale, economica ed ambientale).

Senza sottovalutare l'atteso aumento demografico della popolazione anziana non autosufficiente per la quale i servizi assistenziali a carattere sociale integrati con quelli ospedalieri e territoriali rivestono un ruolo fondamentale, per non parlare inoltre dell'eventuale evoluzione di imprevedibili patologie e l'avvento di nuove epidemie.

### 3. Stato dell'arte e possibili sviluppi della transizione al modello dell'unità sanitaria come sistema

In sostanza, si ha la netta sensazione che nel PNRR prima e nella Riforma poi gli obiettivi quantitativi abbiano preso il sopravvento su quelli qualitativi, mostrandosi entrambi deficitari dal punto di vista organizzativo ed attuativo degli interventi di contrasto all'esclusione sociale e alle disuguaglianze.

In disparte la considerazione per cui le Case della Comunità<sup>12</sup> e gli Ospedali di Comunità non rappresentano certamente una novità<sup>13</sup> riproponendo l'istituzione di strutture che

<sup>10</sup> *Amplius*, in una prospettiva migliorativa del ruolo delle Case della Comunità, cfr., E. Rossi, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in questa Rivista (2/2021).

<sup>11</sup> Come evidenziato dall'UPB nel Focus tematico n. 2 del 13 marzo 2023. In questo senso, già.

<sup>12</sup> Rientranti nella Componente 1 della Missione salute, dedicata a "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima".

<sup>13</sup> Questi ultimi, infatti, erano già previsti dal D.M. 2 aprile 2015 n. 70, per quanto tuttavia solo nel 2020 in Conferenza Stato-Regioni sia stata raggiunta l'intesa sulla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio degli stessi. Le Case della Salute rappresentano a tutti gli effetti l'antesignano delle Case della Comunità, espressioni dell'idea di riorganizzare i servizi e le attività sanitarie (da integrare con quelli assistenziali) trasferendo risorse e servizi dagli ospedali a strutture vicine ai cittadini che ivi possano usufruire dei servizi di base e delle cure primarie.

rispecchiano il modello organizzativo – risalente e ad oggi inattuato – dell’«Unità sanitaria come sistema».<sup>14</sup>

Com’è noto, le prime identificano le strutture in cui il paziente dovrebbe essere affidato alla cura di un «team multidisciplinare di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità e altri professionisti della salute»<sup>15</sup> chiamati a rendere prestazioni sanitarie e valutazioni multidimensionali sulla base delle indicazioni del PUA, e inoltre servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari «secondo un approccio di medicina di genere» (in base al Piano per l’applicazione e la diffusione della medicina di genere), senza tuttavia specificare le modalità di interazione che dovrebbero dar vita a relazioni sinergiche tra gli stessi sia all’interno che all’esterno della Casa di Comunità. Per questo motivo, la mera previsione della presenza di assistenti sociali all’interno delle stesse non vale di per sé a dimostrare il collegamento sinergico degli investimenti per la “Salute”, l’“Inclusione” e la “Coesione sociale”, né di conseguenza a qualificare la Casa della Comunità (modelli e standard) come struttura complessa deputata all’erogazione di prestazioni e servizi socio-sanitari e assistenziali, anche ai fini della valutazione dei risultati in termini di offerta e benessere sociale dei cittadini<sup>16</sup>.

In una visione di insieme che tenga conto, altresì, delle previsioni della legge di Bilancio 2023, non si può fare a meno di rilevare che il coordinamento l’integrazione socio-sanitaria tra SSN e il sistema dei servizi sociali nelle Case di Comunità è allo stato più formale che sostanziale, sia dal punto di vista procedurale che organizzativo al punto da risultare deficitario per quanto concerne la presa in carico della persona nella sua dimensione globale.

<sup>14</sup> Il virgolettato richiama il titolo di un libro di G. Maccacaro pubblicato nel 1972. Un esempio è rappresentato dalle strutture “di prossimità” istituite in piena emergenza sanitaria da Covid 19, quale espressione di un modello organizzativo di aggregazione funzionale, in quanto dirette a «promuovere il benessere, la qualità della vita e l’autonomia di tutte le persone con particolare attenzione a quelle fragili, prevenire l’aggravamento delle patologie e il mantenimento dell’autonomia, evitare ricoveri impropri e favorire la permanenza nel loro contesto di vita nel rispetto prioritario della cultura della domiciliarità della persona» attraverso il coinvolgimento di diverse professionalità. La transizione dell’assistenza sanitaria si realizza attraverso l’istituzione del sistema COT inteso come strumento di integrazione e coordinamento nella presa in carico dell’assistito in ambito territoriale. L’articolazione in Distretti risponde all’esigenza di soddisfare i bisogni definiti negli strumenti di programmazione.

<sup>15</sup> Cfr., art. 1, co. 5, d. l. n. 34/2020.

<sup>16</sup> È questo senza dubbio il principale *vulnus* della Riforma e la causa dell’insuccesso per la mancata previsione di professionisti del sociale e dell’assistente sociale, nonché dei servizi rivolti alla salute mentale, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza, alle attività consultoriale e quelle rivolte ai minori. Tale affermazione si rafforza e si carica dei dubbi e delle riserve sullo stato dell’arte e i possibili sviluppi della digitalizzazione del SSN sul fronte dell’attivazione del FSE, della formazione delle competenze digitali, della interconnessione e comunicazione delle reti informatiche e del rispetto dei vincoli normativi per la tutela della *privacy* e dei ulteriori profili utili e necessari alla definizione di una *governance* territoriale che sia coerente con l’approccio *One Health* per fronteggiare possibili future pandemie globali. L’approccio (innanzitutto culturale) alla medicina a distanza sconta ad oggi l’assenza di una forte e fitta collaborazione tra medici ospedalieri e del territorio, MMG, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, Operatori del distretto Sanitario l’Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), Istituzioni locali e Associazioni di volontariato. Il che inevitabilmente potrebbe condizionare l’attuazione e gli esiti della strategia e del modello sanitario e socio assistenziale di “prossimità” a danno soprattutto dei soggetti più fragili e vulnerabili e confermarsi così il *trend* negativo rappresentato dalla Corte dei Conti già nel Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica.

Il che conferma l'errore di impostazione e di metodo della Riforma nella concezione delle Case di Comunità che in effetti sono assimilabili più ad una infrastruttura sanitaria solo parzialmente integrata con i servizi sociali. Tale problematica affonda le sue radici nella mancanza di consapevolezza e di cultura<sup>17</sup> delle potenzialità e delle prerogative di tali strutture e del ruolo degli ETS che infatti sono esclusi dalla co-progettazione e co-programmazione sociale, educativa ed amministrativa degli interventi della Missione 6.

Ciò testimonia la sostanziale separatezza tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, rappresentando altresì un ostacolo alla realizzazione del modello di "Sanità di iniziativa" che postula il coinvolgimento di tali il cui apporto non può essere obliterato del tutto.

Ciò innanzitutto ai fini dell'analisi del contesto e del monitoraggio costante dei bisogni dei cittadini, e poi anche nell'esercizio dell'attività prestazionale e di servizio, previa individuazione dei bisogni, degli obiettivi e delle responsabilità.

La compartecipazione di tali Enti oltre a conferire al modello organizzativo maggiore flessibilità fa sì che essi acquisiscano il ruolo di coordinatori nei rapporti istituzionali<sup>18</sup>.

Così configurati essi, inoltre, potrebbero altresì rappresentare un antidoto efficace ai problemi creati dalle politiche di *spending review* che, specificamente in questo settore, hanno dato vita a un circolo vizioso innescando reazioni a catena: dalla differenziazione regionale nell'organizzazione della sanità, alle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni in contesti caratterizzati da elevati livelli di inefficienza ed inefficacia dei servizi offerti, a cui si è aggiunta la difficoltà di conciliare il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute e dell'assistenza sociale.

Sotto tale profilo, la Riforma pone un problema della legittimazione del potere regolamentare e del rapporto tra questo e la potestà legislativa regionale.

In proposito, giova evidenziare che nonostante, come chiarito dalla Corte costituzionale<sup>19</sup>, gli *standards* dell'assistenza sanitaria territoriale costituiscano una specificazione dei LEA sul versante attuativo, la definizione degli stessi ad opera del D.M. in commento e la competenza esclusiva statale nella fissazione dei principi fondamentali a tutela della salute non di rado sconfinano anche nella disciplina degli aspetti organizzativi.

In particolare, i dubbi e incertezze si appuntano sull'oggetto del potere regolamentare e sulla idoneità/opportunità dello stesso a disciplinare le variegate specificità regionali. Sotto

<sup>17</sup> R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in questa Rivista n. 2/2022.

<sup>18</sup> E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in questa Rivista (2/2021) riprendendo le fila del ragionamento già avviato qualche anno prima [Id., *Il "socio-sanitario": una scommessa incompiuta?*, in questa Rivista (2/2018)]. R. BALDUZZI, *La persona in tutte le politiche (sociali): una "scommessa" quasi compiuta?*; C. BOTTARI, *Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario regionale, ivi*].

<sup>19</sup> Cfr., Corte cost. 31 marzo 2006, n. 134; 10 maggio 2012, n. 115; 12 luglio 2017, n. 169; 1° giugno 2018, n. 117; 15 maggio 2020, n. 91; 24 aprile 2020, n. 72; 10 aprile 2020, n. 62.

tale profilo, quindi, lo Stato come suggerito dal Consiglio di Stato<sup>20</sup>, dovrebbe limitarsi a fornire indicazioni sulle possibili soluzioni per l'assetto futuro. Ciò nonostante, si temono le conseguenze della Riforma configurandosi uno scenario in cui le Regioni guadagnano ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in materia di “tutela della salute” e “Gestione del rischio clinico” relegando il Ministero ad un ruolo marginale di coordinamento dei sistemi sanitari regionali.

Invero, la questione è mal posta, anzitutto perché il problema della politica centralizzata o differenziata della *governance* sanitaria per il PNRR, è molto più articolato e complesso proiettandosi a un livello più alto che esula dai confini territoriali.

Di conseguenza, le crisi sistemiche e l'instabilità delle economie di mercato si “curano” attraverso politiche strutturali che danno vita a un'architettura istituzionale regionale, nazionale, internazionale e sovranazionale, espressione di un nuovo modello di Stato sociale e paradigma di amministrazione di risultato ispirato ai principi di solidarietà e leale collaborazione<sup>21</sup>.

In tale contesto, non vi è spazio per le rivendicazioni e gli egoismi nazionali, regionali o locali, ma soltanto per “una riconversione delle attività dell'amministrazione nel ridisegno di uno Stato sociale” e per la crescita del ruolo del G.A. come giudice dei diritti fondamentali<sup>22</sup>.

Da questo punto di vista, la Riforma si rivela miope e la disciplina incoerente con i principi di unità ed indivisibilità della Repubblica, di indirizzo politico e amministrativo, incapace pertanto di realizzare l'armonizzazione delle competenze statali con quelle regionali e locali, e di ridurre le differenze territoriali nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e preservare il SSN<sup>23</sup>.

Ciò in quanto la “*governance* sanitaria per il PNRR” se non individua una materia a sé stante, e a prescindere dalla previsione del potere sostitutivo compatibilmente con l'art. 118

<sup>20</sup> Cons. Stato, sez. cons. atti normativi, 19 maggio 2022, n. 881.

<sup>21</sup> Il riparto delle competenze intercetta il problema della individuazione del modello organizzativo che sia in grado di garantire l'accesso egualitario alla cura, all'assistenza e a servizi di qualità su tutto il territorio nazionale. Cfr., R. BALDUZZI, *Più “Europa” nella sanità italiana, più Italia nella sanità “europea”*, in questa Rivista (1/2022). L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*; D. MORANA, *Verso un diritto eurounitario alle cure? La direttiva sull'assistenza transfrontaliera tra obiettivi ambiziosi e debolezze competenziali dell'Unione*; M. CONSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*; F. Pizzolato, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, *ivi*. M. D'ARIENZO, *Dimensioni organizzative e modelli culturali in sanità: stato dell'arte e prospettive evolutive*, in *www.federalismi.it* – Oss. Dir. San. (13 gennaio 2021).

<sup>22</sup> G. MONTEDORO, *Intervento dello Stato e trasformazioni dell'amministrazione*, in *www.giustiziainsieme.it*.

<sup>23</sup> Tali considerazioni intercettano il problema dell'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali e della necessaria armonizzazione degli stessi in base al nuovo Regolamento dell'assistenza sanitaria che riconosce un ruolo decisivo al Distretto (articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria) per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in questa Rivista (1/2022).

Cost. al fine di assicurare l'uniforme applicazione dei LEA<sup>24</sup>, certamente necessità di una forma di cooperazione rafforzata per l'attuazione degli interventi in materia di assistenza sanitaria.

È questo, probabilmente, il punto più critico della Riforma su cui si gioca non solo il futuro dell'autonomia differenziata in materia sanitaria, ma anche delle altre riforme (organiche e/o incremental) del comparto (l.n. 24/2017, cd. Legge Gelli-Bianco e 219/2017)<sup>25</sup> per l'assenza di una stretta integrazione della legislazione sanitaria e della conseguente disorganicità della disciplina e degli interventi, e in attesa della determinazione dei LEP/Liveas e dei relativi costi e fabbisogni *standard*, al fine di garantire una più equa ed efficiente allocazione delle risorse.

#### 4. Spunti di riflessione per la costruzione di un modello garantista ed integrato

Le suesposte considerazioni dimostrano che il D.M. 77/2022 rappresenta solo un punto di partenza per un nuovo approccio alla medicina territoriale in bilico tra garanzia del diritto fondamentale alla salute e all'assistenza e le differenziazioni regionali<sup>26</sup>.

Le difficoltà di reperire risorse e personale socio-sanitario acquiscono le tensioni tra il Governo centrale e le Regioni all'interno delle quali cresce in misura esponenziale il malcontento e la contrapposizione nei confronti di un modello di sanità divenuto ormai insostenibile da tutti i punti di vista. Nel frattempo l'incoerenza e l'intempestività dell'azione di governo e della P.A. nell'attuazione degli obiettivi delle politiche europee in materia alimenta i dubbi sul futuro della sanità pubblica e sugli esiti delle Riforme.

Nell'Anno europeo delle competenze e all'indomani della celebrazione della 75<sup>a</sup> edizione della Giornata Mondiale della Salute 2023 il 7 aprile u.s. dal tema "Health For All", l'attuazione di un modello sanitario di prossimità incontra un ulteriore ostacolo rappresentato dalle ripetute aggressioni ai sanitari di pronto soccorso da parte di pazienti o loro familiari a cui il MMG o PLS abbia diagnosticato telefonicamente una presunta malattia prescrivendo ricovero urgente al fine di eseguire ulteriori accertamenti ed esami. Trattasi di un fenomeno particolarmente diffuso a cui si vorrebbe porre rimedio attraverso l'elaborazione di un articolato sistema di prevenzione, al fine di tutelare e restituire dignità agli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio della professione, nonché a fini deflattivi del contenzioso sanitario innescato da presunte vittime di episodi di malasanià. A tal fine, occorrerebbe

<sup>24</sup> Cfr., G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in questa Rivista, n. 2/2022, spec. §§ 8-9.

<sup>25</sup> Per un approfondimento di questi temi, sia consentito rinviare a M. D'ARIENZO, *Contributo allo studio dei modelli organizzativi in sanità*, Torino, Giappichelli, 2022, spec. Cap. 2, parte II.

<sup>26</sup> Cfr., Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) in [www.corteconti.it](http://www.corteconti.it).



un cambio di rotta immediato puntando sulla valorizzazione professionale, economica e di benessere organizzativo dei professionisti della salute nell'interesse del personale sanitario e dei pazienti, nonché, prioritariamente, all'aggiornamento e all'attuazione del Piano nazionale delle Cronicità nelle more della realizzazione del PNRR e del DM 77/2022 e in funzione del raggiungimento dell'obiettivo di alleggerire la pressione sugli ospedali che l'utilizzo improprio del pronto soccorso in assenza di urgenza o necessità di cure immediate rischia di allontanare progressivamente.

Sul fronte prettamente organizzativo e di attuazione del nuovo modello di sanità territoriale, si segnala una buona prassi invalsa nella Regione Campania ove in tutte le farmacie tramite l'App "Campania in salute" è possibile prenotare visite ed esami nelle Asl e negli ospedali di tutta la Regione per evitare lunghe attese, scegliendo la struttura più vicina e meno affollata, che possa garantire prestazioni e controlli in tempi rapidi (entro 48 ore o nell'arco di 10 gg. a seconda dell'urgenza).

Con tale iniziativa, suscettibile evidentemente di essere rieditata anche in altre realtà territoriali per essere annoverata tra *best practices* regionali, si entra nel vivo della fase esecutiva del Piano regionale per lo smaltimento dell'arretrato grazie a risorse economiche aggiuntive e con la collaborazione dei privati al fine di creare un sistema integrato di servizi che, ci si augura, possa al più presto andare a regime.

Sempre nell'ottica di garantire l'umanizzazione dell'assistenza e della cura dei pazienti, si dovrebbero introdurre stabilmente nell'organizzazione sanitaria di tutte le Regioni le cd. Culle per la vita per la tutela dei diritti della madre e del bambino, in una dimensione di tutela della salute umana matura ed estesa anche all'aspetto psicologico.

È auspicabile che tale iniziativa possa serializzarsi e trovare una giusta promozione nelle inedite politiche della salute, cumulandosi con gli obiettivi di riforma europei, e che entrasse a far parte dei LEA, prestandosi a tal fine attenzione non al profilo economico-finanziario, bensì alla rilevanza assoluta che in questo frangente riveste il bene "vita". In quest'ottica, si potrebbe creare un ponte tra la costituenda rete socio-sanitaria ed assistenziale, le Istituzioni, gli ETS, le associazioni territoriali, sfruttando gli interventi di riorganizzazione e risanamento infrastrutturale per elaborare un modello di prossimità e di gestione in grado di rispondere alle esigenze di tutela di questi soggetti.

In quest'ottica si colloca la decisione di alcuni Comuni di predisporre diverse forme di sostegno economico per le madri in difficoltà, nella consapevolezza che la povertà e l'emarginazione costituiscono le principali cause di abbandono, e da cui si potrebbe prendere spunto per formalizzare ulteriori proposte attributive di vantaggi e agevolazioni di varia natura, a cominciare dall'accesso ai servizi sanitari, sociali ed assistenziali espressione di diritti costituzionali irrinunciabili.

