

Osservatorio sui sistemi sanitari

La nuova sanità territoriale: la Regione Liguria*

Arianna Pitino**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

SOMMARIO: 1. Il PNRR tra Stato e autonomie territoriali. – 2. La Regione Liguria e l’attuazione della Missione 6 – Salute. – 3. Il *deficit* di partecipazione nella fase di elaborazione del PSSR 2023-25 della Liguria. – 4. Alcuni nodi da risolvere per una sanità territoriale ligure effettivamente “nuova”. – 5. Alcuni nodi da risolvere per una sanità territoriale ligure effettivamente “omogenea”. – 6. Prime conclusioni.

1. Il PNRR tra Stato e autonomie territoriali

L’attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nell’ordinamento italiano mette alla prova il rapporto di complementarità fra unità e autonomia delineato dagli artt. 5 e 114 Cost. Da una parte, infatti, lo Stato deve rendere conto in modo unitario della sua implementazione all’Unione europea; dall’altra, le autonomie territoriali, con le Regioni in prima linea, devono contribuire alla realizzazione delle riforme previste dal PNRR adeguandole ai rispettivi contesti territoriali e sociali¹. L’attuazione a livello territoriale del PNRR si svolge sotto l’azione di programmazione e coordinamento statale, dando luogo a una «forma non accentrata dell’unità»².

* 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 Istituzioni di diritto pubblico nell’Università di Genova.

¹ F. CORTESE, *Riprogettare il regionalismo*, in *Le Regioni*, 3, 2022, p. 386 s.

² Così U. Allegretti, *Autonomia regionale e unità nazionale*, in *Le Regioni*, n. 1 del 1995, p. 10. L’attuazione del PNRR non può prescindere dal contributo di una pluralità di soggetti istituzionali che, secondo una logica di sussidiarietà e differenziazione, concorrono all’unità nazionale. A proposito del rapporto bi-direzionale tra unità e autonomia si veda

La riforma della sanità territoriale, di cui alla Missione n. 6 - salute, *Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale* del PNRR, può essere preso come esempio della sinergia tra unità e autonomia indispensabile per attuare questa importante parte del Piano, che interviene sul Servizio sanitario nazionale (SSN) al fine di accrescere il livello complessivo di tutela della salute e rendere più omogenea l'offerta di servizi sanitari sul territorio italiano.

Com'è noto, la tutela della salute è una competenza concorrente tra lo Stato e le regioni (art. 117, c. 3 Cost.), nel cui ambito lo Stato definisce i principi fondamentali finalizzati a garantire la coesione del Servizio sanitario nazionale, mentre le Regioni intervengono sugli aspetti organizzativi e di gestione dei rispettivi servizi sanitari regionali³. Allo Stato è inoltre affidata la competenza esclusiva in materia di livelli essenziali di assistenza (art. 117, c. 2, lett. m Cost.), che definiscono in termini concreti le prestazioni sanitarie che devono essere erogate dai servizi sanitari regionali in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. In tale contesto, le Regioni svolgono quindi un ruolo di primaria importanza nel definire un assetto legislativo e amministrativo regionale (che include i profili organizzativi, gestionali, finanziari, informativi e di controllo) che risulti capace di garantire in modo efficace ed efficiente, nonché secondo criteri di appropriatezza, accessibilità ed equità, le prestazioni sanitarie in modo conforme ai LEA definiti a livello nazionale. La tutela del diritto alla salute sancito dall'art. 32 Cost. trova quindi a livello regionale la sua forma più concreta di attuazione.

La pandemia causata dal Covid-19 nel 2020-22 ha mostrato una risposta insufficiente e inadeguata da parte dei servizi sanitari territoriali, che ha fatto convergere sull'assistenza ospedaliera una richiesta di prestazioni numericamente eccessiva e caratterizzata da alti livelli di inappropriata. È noto, infatti, come i servizi di assistenza primaria e sociosanitari erogati a livello territoriale hanno un impatto profondo sull'appropriatezza dei servizi ospedalieri e, più in generale, sulla risposta ai bisogni di salute delle persone nella vita quotidiana.

Il decreto n. 77 del 2022 del Ministro della salute, emanato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze⁴, è il regolamento che definisce i modelli e gli *standard* per

R. DICKMAN, *Spetta allo stato la responsabilità di garantire il pieno soddisfacimento delle "istanze unitarie" previste dalla costituzione*, in *www.federalismi.it*, 9, 2003, p. 5, secondo cui la Repubblica è la «risultante unitaria di un sistema di enti e funzioni autonomi statali e locali tra loro differenziati»; S. Staiano, *Costituzione italiana: art. 5*, Roma, 2017; L. RONCHETTI, *Unità e indivisibilità della repubblica: la sovranità popolare e l'interdipendenza nel nome della Costituzione*, in *costituzionalismo.it*, 1, 2018, p. 21; E. CARLONI, *Gli elementi costitutivi della Repubblica in cerca di ruolo: il "nuovo" articolo 114, vent'anni dopo*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 1, 2021, p. 144; A. MORRONE, *Per la Repubblica delle autonomie dopo la pandemia*, in *Europa*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 1, 2021, p. 40.

³ C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. del Dir. e delle Sicurezze soc.*, 1, 2016, p. 73 s.

⁴ Il potere di adottare questo regolamento è stato conferito al Ministro della salute dall'art. 1, c. 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*.

lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, e cioè i nuovi *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione in ambito sanitario, climatico e ambientale, uniformi su tutto il territorio nazionale, la cui concreta attuazione sul territorio è ora affidata alle Regioni⁵. A tal fine, il d.m. 77 del 2022 (art. 1, c. 2) ha disposto che le Regioni, entro sei mesi, avrebbero dovuto adottare il «provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale»⁶. Oltre alla competenza esclusiva in materia di livelli essenziali di assistenza (art. 117, c. 2, lett. m Cost.), lo Stato dispone della leva finanziaria per far sì che le regioni diano concreta attuazione al d.m. 77 del 2022, ricevendo in cambio i finanziamenti derivanti dal PNRR e dal Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC)⁷.

L'allegato n. 1 del d.m. 77 del 2022 individua il modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale⁸, le strutture e i servizi che appaiono “nuovi” non solo per quanto riguarda i nomi (Case della comunità, Ospedali di comunità, Infermiere di famiglia o di comunità, Centrali operative territoriali)⁹, ma anche per la filosofia sottesa ad essi. La tutela della salute a livello territoriale dovrà rispondere ai bisogni sanitari e sociosanitari (cure primarie, cure domiciliari, cure palliative, prevenzione e promozione della salute) relativi a patologie croniche e non urgenti, considerando la persona, nella sua interezza e complessità, quale fulcro dell'organizzazione sanitaria territoriale secondo un approccio olistico e *onehealth* in cui il SSN è parte di un sistema più complesso di tutela del benessere delle persone e delle comunità sociali¹⁰. Un altro aspetto da rilevare è l'attenzione per la pre-

⁵ Per un'impostazione favorevole a un modello di assistenza territoriale omogeneo a livello nazionale, ma altresì rispettoso dell'autonomia regionale si veda E. Rossi, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2021, spec. p. 373 ss.

⁶ L'Agenas svolge un monitoraggio semestrale sullo stato di implementazione in ogni Regione degli *standard* introdotti dal d.m. 77 del 2022.

⁷ Il PNRR è un piano *performanced-based* (e non di spesa) che richiede il raggiungimento di traguardi e obiettivi entro tempi prefissati, ai quali risultano vincolati i relativi pagamenti. Il decreto del Ministro della salute del 20 gennaio 2022 ha ripartito le risorse del PNRR e del PNC a favore delle Regioni e delle Province autonome.

⁸ Per quanto riguarda gli *standard* dell'assistenza ospedaliera si veda il d.m. 70 del 2 aprile 2015 (c.d. decreto Balduzzi), di cui il d.m. 77 del 2022 dovrebbe costituire il completamento per quanto riguarda l'assistenza territoriale.

⁹ Come evidenziato da F. POLITI, *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, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2022, p. 609, nel dm 77 compaiono per la prima volta le espressioni 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.

¹⁰ Come sostenuto da R. Balduzzi nella relazione tenuta in occasione della giornata di studi *La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?* del 26 aprile 2023 presso l'Università Cattolica di Milano, secondo la nuova sanità territoriale è il servizio ad andare alla persona anziché, com'è avvenuto finora, la persona al servizio. Sul punto si veda anche A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. Del Diritto e della Sicurezza Soc.*, 1, 2011, p. 29, la quale osserva come l'organizzazione sanitaria si basa per lo più sull'articolazione per specialità mediche, spesso non comunicanti tra loro, che tendono a mettere al centro la malattia e non la persona «nella sua integrità e complessità» rispetto ai bisogni di salute.

venzione e l'educazione alla salute al fine di mantenere in salute le persone e l'ambiente in cui vivono, finora non adeguatamente valorizzate ma senza dubbio indispensabili per la futura sostenibilità organizzativa e finanziaria del SSN.

2. La Regione Liguria e l'attuazione della Missione 6 – Salute

Nella Regione Liguria la maggior parte degli sforzi e delle risorse disponibili a livello regionale per implementare le riforme previste dal PNRR e dal PNC convergono sulla Missione 6 – salute, per cui è stata prevista la realizzazione di ben 296 interventi (su un totale complessivo regionale di 340 interventi). La Missione 6 – salute è suddivisa in due componenti, la prima delle quali (c1) riguarda appunto la definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale che include i servizi di prossimità e a domicilio, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (con un impiego di fondi PNRR pari a euro 72.889.749 e di fondi PNC pari a euro 3.592.839, cui si aggiungono euro 6.745.646 destinati alle Case della comunità)¹¹.

La Regione Liguria ha stipulato con il Ministero della salute il Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)¹² che definisce modalità e tempi di realizzazione degli interventi relativi alla nuova sanità territoriale (D.G.R. n. 467, del 26 maggio 2022 “PNRR - Missione 6 Salute – *Approvazione Contratto Istituzionale di Sviluppo*) e ha approvato il documento di Programmazione regionale della rete territoriale (D.G.R. n. 1223 del 6 dicembre 2022, Approvazione del documento *Programmazione regionale della Rete Territoriale ai sensi del DM 77/2022*). La Giunta regionale, il 23 marzo 2023, ha approvato la bozza di Piano sociosanitario regionale 2023-25 (PSSR 2023-25) che è stata trasmessa per osservazioni al Ministero della salute, cui seguirà una nuova approvazione della Giunta e infine del Consiglio regionale.

¹¹ Più nel dettaglio, la Missione 6, componente 1, prevede i seguenti Investimenti: 1.1. Case della Comunità e presa in carico della persona; 1.2. Casa come primo luogo di cura e Telemedicina; 1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di Comunità. La componente 2 si concentra invece su *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario nazionale* e prevede un impiego di risorse PNRR pari a 82.839.580 euro e PNC pari a 34.824.460.

¹² Ai sensi del d.lgs. 31 maggio 2011, n. 88 (art. 6), il CIS è stipulato tra il Ministro della salute, d'intesa con il Ministro dell'economia e delle finanze e le regioni allo scopo di individuare la destinazione delle risorse, le responsabilità, i tempi e le modalità di attuazione degli interventi. Per ogni intervento sono definiti il cronoprogramma, le responsabilità dei contraenti, i criteri di valutazione e di monitoraggio, le sanzioni per le eventuali inadempienze e le condizioni di definanziamento. Il CIS è dunque uno strumento per l'attuazione rafforzata, condivisa e coordinata degli interventi speciali e/o finanziati dallo Stato o dall'Unione europea. Il CIS della Regione Liguria può essere consultato all'indirizzo https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3240_6_alleg.pdf.

Il CIS prevede la realizzazione di: 32 Case della comunità, di cui 30 derivanti dalla ristrutturazione di strutture esistenti e 2 interamente nuove; 16 Centrali operative territoriali (COT); 11 Ospedali di comunità, di cui 9 da riconvertire e 2 da edificare.

Il PSSR è il documento in cui vengono definiti gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi al fine di soddisfare «le esigenze specifiche della popolazione regionale»¹³. Nel momento in cui si pubblica questo contributo (luglio 2023), il PSSR 2023-25 è in fase di condivisione con le cinque Conferenze dei Sindaci dei distretti sociosanitari e con le relative ASL. Questo passaggio è molto importante visto che la Conferenza dei Sindaci è l'organo che «concorre con l'ASL alla individuazione dei bisogni sociali, sociosanitari e sanitari delle comunità rappresentate, per costituire con i distretti sociosanitari percorsi e processi integrati di protezione sociale, sociosanitaria e sanitaria a favore dei cittadini» (così l'art. 12 della legge regionale della Liguria 24 maggio 2006, n. 12, *Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari*).

Per quanto riguarda la tutela della salute a livello territoriale può essere utile ricordare che in Liguria era già stata prevista nel 2008, in via sperimentale, l'introduzione di Case per la salute a livello di distretto¹⁴, la cui concreta attuazione era stata affidata alle singole ASL, con il conseguente rischio di differenze, anche significative, tra un territorio e l'altro. Il d.m. 77 del 2022, il CIS stipulato tra Regione Liguria e Ministero della salute, le funzioni di indirizzo e coordinamento della stessa Regione, hanno tutte l'obiettivo di rendere più omogenea la tutela dell'assistenza sanitaria territoriale in Liguria¹⁵.

Nelle righe che seguono ci si concentrerà soprattutto sul PSSR 2023-25 prendendo in considerazione, in estrema sintesi, il procedimento di approvazione e alcuni aspetti di carattere sostanziale che appaiono più rilevanti per una sanità territoriale effettivamente nuova e omogenea.

¹³ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e di diritto comparato*, Milano, 2005, p. 31.

¹⁴ Si veda la DGR n. 1662 del 16 dicembre 2008, *Indirizzi alle Aziende Sanitarie per il riordino delle attività distrettuali* che aveva individuato gli obiettivi del distretto sanitario, corrispondenti a: efficace accesso alle cure, attraverso lo sportello integrato; sistema di cure primarie e di continuità assistenziale con rafforzamento della presenza dei MMG; integrazione socio-sanitaria; riorganizzazione della domiciliarità; potenziamento della residenzialità extraospedaliera; incremento dei posti Hospice; applicazione di protocolli per le malattie croniche; sperimentazione di "Case per la salute"; strategia di rete integrata.

¹⁵ È evidente come anche con la nuova riorganizzazione territoriale alcune differenze saranno inevitabili, basti pensare all'effettività dell'assistenza sanitaria garantita dalle case di comunità *bub* (24 ore e 7/7 giorni) e *spoke* di II livello (12 ore e 6/7 giorni) e di I livello (il numero di ore minimo dipende dagli accordi contrattuali).

3. Il deficit di partecipazione nella fase di elaborazione del PSSR 2023-25 della Liguria

Con la legge regionale della Liguria 5 marzo 2021, n. 2 è stata prevista la possibilità di istituire apposite strutture di missione alle quali affidare l'attuazione di programmi strategici per la regione e compiti specifici, tra cui quelli connessi all'attuazione del PNRR. La Giunta regionale, tra maggio e giugno 2021, ha deliberato la costituzione di due strutture di missione con finalità connesse al sistema sanitario regionale e alla Missione 6 - salute¹⁶. In seguito, si è costituito un gruppo di lavoro per analizzare i bisogni sanitari, socioassistenziali e socioassistenziali del territorio ligure che ha affiancato A.Li.Sa. (l'Azienda Ligure Sanitaria) nella predisposizione della bozza di PSSR 2023-25. Il fatto che il PSSR 2023-25 sia stato elaborato quasi esclusivamente da soggetti e organi aventi natura e competenze tecnico-professionali, ha portato molti Comuni liguri e la stessa Federsanità Anci Liguria a riscontrare criticamente il loro mancato coinvolgimento nella fase di stesura della bozza del PSSR 2023-25¹⁷. A questo proposito si ricorda che l'art. 14, c. 1 della legge regionale della Liguria 7 dicembre 2006, n. 41, *Riordino del servizio sanitario regionale*, dispone espressamente che i Comuni «partecipano alla programmazione sanitaria e socioassistenziale della Regione, dell'ASL e dei Distretti» e che «contribuiscono alla lettura integrata dei bisogni e della domanda sanitaria, socioassistenziale e sociale», configurando così un ruolo significativo del livello di governo locale rispetto alle decisioni che riguardano il servizio sanitario regionale. Il PSSR 2023-25 si trova ora in fase di *condivisione* con le cinque Conferenze dei Sindaci dei distretti socioassistenziali e con le ASL, ma questa modalità di partecipazione delle autonomie territoriali liguri, prevista esclusivamente a valle del procedimento di elaborazione, appare debole e non particolarmente efficace (considerato - tra l'altro - che il PSSR 2023-25 è già stato trasmesso al Ministero della salute e ciò sembra escludere la possibilità di apportarvi modifiche di rilievo, a meno che queste non siano concordate con lo stesso Ministero). Più in generale, sembra esservi inoltre il rischio che le Conferenze dei Sindaci diano una valutazione del PSSR 2023-25 incentrata soprattutto sulle rispettive appartenenze politiche, senza approfondire le problematiche specifiche delle rispettive comunità territoriali e sociali.

Il *deficit* di partecipazione nella predisposizione del PSSR 2023-25 sembra trovare conferma sul sito *internet* di Regione Liguria, dove si può consultare facilmente il comunicato

¹⁶ Si vedano in particolare la DGR n. 400 del 7 maggio 2021, *Istituzione della struttura di missione a supporto degli interventi del sistema sanitario e socioassistenziale regionale* e la DGR n. 541 del 22 giugno 2021 *Definizione del sistema organizzativo regionale e istituzione, ai sensi dell'art. 6 della legge regionale n. 2/2021, di strutture di missione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*.

¹⁷ Si veda il parere n. 4 del 21 aprile 2023 del Consiglio delle autonomie locali liguri, istruito da Anci Federsanità Liguria, consultabile all'indirizzo <https://www.cal.liguria.it/seduta/seduta-del-21042023>.

stampa ma non la bozza integrale del PSSR 2023-25¹⁸. Al riguardo sarebbe stato più opportuno metterla a disposizione di tutti sia nella prospettiva della sussidiarietà orizzontale, con particolare riguardo alle realtà del terzo settore, sia per favorire il coinvolgimento, fin dalle primissime fasi, soprattutto dei professionisti sanitari, che si troveranno in prima linea ad attuare la nuova sanità territoriale, e degli utenti del servizio sanitario regionale cui essa è destinata. Si ricorda, inoltre, come lo stesso d.m. 77 del 2022 (All. 1) ha previsto un procedimento di definizione della nuova sanità territoriale basato sulla co-progettazione degli utenti e sulla «valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.)». Il *deficit* di partecipazione aumenta il rischio che la riforma della sanità territoriale in Liguria, pur rispondendo formalmente ai requisiti del d.m. 77 del 2022, venga percepita da chi dovrà attuarla in termini concreti (soprattutto amministrazione e personale sanitario) e dagli stessi utenti come una riforma calata dall'alto, che non è stata preceduta da un attento ascolto dei bisogni di salute delle singole realtà territoriali.

4. Alcuni nodi da risolvere per una sanità territoriale ligure effettivamente “nuova”

Per quanto riguarda gli aspetti sostanziali della nuova sanità territoriale, il PSSR 2023-25 della Liguria sembra recepire nelle linee essenziali contenuti, modalità e *standard* organizzativi del d.m. 77 del 2022. Allo stesso tempo, però, il PSSR 2023-25 omette alcuni aspetti importanti da cui sembra dipendere il risultato finale, nell'ottica di scongiurare il rischio di una trasformazione gattopardesca che non porterebbe nessun reale beneficio all'assistenza sanitaria in Liguria.

Il d.m. 77 del 2022 conferma la centralità del distretto quale dimensione territoriale in cui si integrano i «servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie», secondo quanto previsto dall'art. 3-*quater* del d.lgs. n. 502 del 1992, che aveva affidato alle regioni il compito di individuare i distretti come articolazioni delle aziende sanitarie locali, tenendo in considerazione le caratteristiche geomorfologiche e la densità della popolazione rispetto allo *standard* di un distretto ogni sessantamila abitanti¹⁹. Ai sensi

¹⁸ V. la pagina della Giunta della Regione Liguria all'indirizzo <https://www.regione.liguria.it/homepage-giunta/giunta-regionale/comunicati-stampa-della-giunta-regionale/item/36800-approvata-prima-bozza-piano-socio-sanitario-2023-2025.html>. Il PSSR ligure risulta invece disponibile nella sua versione completa sui siti di Anci Liguria all'indirizzo <https://www.anciliguria.it/newsbox/piano-socio-sanitario-regionale-2023-2025-il-testo-del-provvedimento> e del Consiglio delle autonomie locali <https://www.cal.liguria.it/seduta/seduta-del-21042023>.

¹⁹ Si veda F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2018, p. 579.

della l.r. Liguria 24 maggio 2006 n. 12, *Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari*), il distretto sociosanitario coincide con i confini del distretto sanitario e si articola in ambiti territoriali sociali (in totale i distretti sociosanitari sono diciannove, sei a Genova, sette a Ponente e sei a Levante).

Il PSSR 2023-25 ligure conferma la multifunzionalità del distretto chiamato a valutare i bisogni della popolazione e, sulla base di questi, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e aziendali, a programmare i servizi da erogare nell'ambito delle risorse disponibili. La rete territoriale di prossimità è incentrata sulle Case di comunità (*hub e spoke*), concepite come strutture in rete con il sistema informativo sanitario, in cui operano *équipe* multiprofessionali formate da medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità (IC) e altri professionisti della salute, che erogano servizi polispecialistici, diagnostici e di prevenzione. Le Case di comunità rappresentano il punto di integrazione con i servizi sociali presenti sul territorio (al loro interno è prevista anche la presenza di assistenti sociali), i servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza.

In generale, le funzioni assegnate alle Case di comunità sono quelle individuate dal d.m. 77 del 2022, ma il PSSR 2023-25 non chiarisce come la Regione intenda unificare e rendere più efficaci i percorsi di accesso e di "presa in carico" dei pazienti, visto che, come è stato osservato²⁰, condividere il medesimo spazio non determina automaticamente un modo di operare coordinato e integrato. Per passare dal modello "diagnosi e cura" a uno basato sulla "presa in carico personalizzata" e sul coinvolgimento dei pazienti è infatti indispensabile prevedere un sistema di *governance* efficace e il lavoro in *équipe* come modalità ordinaria di svolgimento dell'attività lavorativa. A ciò si aggiungono le esigenze di integrazione tra le ASL e i Comuni relativamente all'assistenza sanitaria e sociale non solo per ciò che attiene all'erogazione dei servizi, ma anche per i profili contrattuali, logistici, economico-finanziari, per il trattamento dei dati e la responsabilità amministrativa.

Oltre alle Case di comunità, sono stati previsti undici Ospedali di comunità che si collocano a metà strada tra l'ospedale e la dimensione domestica (20 posti letto/100.000 abitanti), sedici Centrali Operative Territoriali (una ogni centomila abitanti) cui è affidato il coordinamento e il raccordo tra le diverse reti e i professionisti (con particolare riguardo all'assistenza domiciliare e alla telemedicina) e tre nuovi ospedali a Levante (La Spezia), Ponente (Arma di Taggia) e Genova (zona Erzelli). Oltre al termine, piuttosto breve, di tre anni per realizzare i nuovi ospedali, non è ancora chiaro quali saranno i rapporti tra i presidi ospedalieri delle ASL, le Aziende ospedaliere e l'assistenza sociosanitaria territoriale

²⁰ Così E. Rossi, *Le "Case della comunità" del PNRR*, cit., p. 374 s. il quale osserva altresì che «occorre definire a chi spetta indirizzare l'azione della struttura, a chi spetta dirigerla, quali poteri devono essere attribuiti a chi la dirige e quali responsabilità ricadono su quanti vi operano». Per quanto riguarda il lavoro in *équipe*, lo stesso A. sottolinea come vi siano tre condizioni minime: un professionista che diriga l'*équipe*, una formazione interprofessionale e la condivisione dei dati tramite sistemi informatizzati.

(Case e Ospedali di comunità). Restano infine gli interrogativi concernenti sia il personale sanitario e sociale che andrà a operare nelle nuove strutture sanitarie (soprattutto medici di medicina generale e personale infermieristico), sia la sostenibilità finanziaria dei costi delle strutture e del personale dopo il 2026 (tra gli aspetti critici del d.m. 77 del 2022 vi è la clausola di invarianza finanziaria e il fatto che con i fondi PNRR non si possa finanziare la spesa corrente). In particolare, ci si domanda se e a quali condizioni ciò comporterà lo spostamento dei professionisti sanitari dalle strutture in cui operano attualmente, come saranno regolati i rapporti tra MMG e SSR e quale sarà il ruolo dei privati nel contesto della nuova sanità territoriale²¹. Questo problema sembra assumere particolare rilievo nei piccoli Comuni dell'entroterra ligure che hanno già espresso preoccupazione in merito all'eventualità che gli assistenti sociali che attualmente operano nei loro territori (svolvendo spesso anche funzioni di tipo sociosanitario) possano essere spostati nelle Case di comunità, impoverendo così ulteriormente l'offerta di servizi sociosanitari nelle zone più interne²².

Infine, il PSSR 2023-25 non sembra avere affrontato in modo adeguato gli aspetti dell'educazione sanitaria e della prevenzione in ambito sanitario, climatico e ambientale, destinati a svolgere un ruolo chiave per la futura sostenibilità del servizio sanitario regionale.

5. Alcuni nodi da risolvere per una sanità territoriale ligure effettivamente "omogenea"

L'organizzazione della sanità territoriale in Liguria non può che partire dalla considerazione delle specificità socio-territoriali della Regione, in cui vi è una netta contrapposizione tra le aree metropolitane ad alta densità abitativa e le aree montane e costiere a bassa densità abitativa. La Liguria detiene inoltre il primato di Regione più anziana d'Italia (e, al suo interno, l'età media più elevata si raggiunge nella Provincia di Savona). Oltre alle persone anziane residenti in Liguria, vi sono quelle provenienti da altre regioni che soggiornano in Liguria soprattutto durante l'inverno. Va inoltre considerata l'elevata presenza turistica soprattutto durante l'estate, che nelle zone costiere determina variazioni demografiche molto significative tra l'inverno e l'estate. A ciò vanno aggiunte le problematiche relative agli spostamenti all'interno della Regione, concernenti sia i collegamenti tra le aree costiere

²¹ A questo proposito il Vicepresidente di Federsanità Anci Liguria ha osservato come il ruolo dei privati è uno degli aspetti di ambiguità del d.m. 77 del 2022 che ricade sulla Regione Liguria, dove già ora la diagnostica ambulatoriale è affidata in via prevalente al privato accreditato in assenza di controlli adeguati sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni. Si veda il parere del Consiglio delle autonomie locali n. 4 del 21 aprile 2023, All. 1, p. 38, all'indirizzo <https://www.cal.liguria.it/seduta/seduta-del-21042023>.

²² Si veda il parere del Consiglio delle autonomie locali n. 4 del 21 aprile 2023, p. 8, cit.

re e l'entroterra²³, sia la viabilità stradale e autostradale lungo la costa, considerato che il crollo del ponte Morandi avvenuto a Genova il 14 agosto 2018 ha ulteriormente aggravato una situazione già critica, che è destinata a protrarsi ancora per molti anni²⁴.

Di tutti questi fattori è necessario tenere conto nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, con particolare riguardo alla razionalizzazione del sistema di emergenza/urgenza e dei punti nascita. La Liguria, infatti, una Regione in cui la capillarità e la prossimità dell'assistenza sanitaria (anche tramite gli infermieri di comunità e le farmacie) e un'estesa ed efficiente rete di assistenza domiciliare (soprattutto nei piccoli Comuni che non saranno sede di Case di comunità) sembrano avere un'importanza primaria per l'effettiva tutela del diritto alla salute, insieme allo sviluppo della telemedicina, che non può però essere vista come il solo strumento per adeguare l'assistenza sanitaria alle caratteristiche geomorfologiche regionali.

Le Case della comunità sembrano idonee a rispondere soprattutto alle esigenze delle aree più urbanizzate, mentre nei piccoli comuni dell'entroterra ligure uno dei problemi più urgenti da risolvere sembra essere quello di garantire la presenza *tout court* dei MMG. Pertanto, se in generale rimane il problema del coinvolgimento pieno e operativo dei MMG nel SSR²⁵, nelle zone montane dell'entroterra della Liguria vanno cercate soluzioni idonee a scongiurare il rischio che essi manchino del tutto²⁶. Ciò, evidentemente, si collega al problema più generale, già sopra evidenziato, dell'effettiva disponibilità di personale sanitario e sociale a livello regionale da destinare alla nuova organizzazione territoriale e al coordinamento tra il PSSR 2023-25 e il Piano sociale integrato regionale (che non risulta però ancora approvato).

Infine, il PSSR 2023-24 sembra non avere ancora definito il ruolo dei consultori (chiamati a svolgere attività destinate a minori, coppie e famiglie, garantendo prestazioni, anche di tipo domiciliare, mediche specialistiche, diagnostiche, terapeutiche, ostetriche, psicologiche, psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative e preventive) e se saranno o meno integrati all'interno delle Case di comunità²⁷. In termini più generali, sembra inoltre necessario riflettere sull'intera rete di assistenza materno infantile, che include non solo i

²³ Ad esempio, tra le zone costiere di Albisola/Varazze e l'entroterra (Sassello) si arriva anche a 50 chilometri di strade tortuose.

²⁴ Il PSSR 2023-25 riporta a p. 101 le distanze tra i PS e DEA a livello regionale e i relativi tempi di percorrenza, che decisamente non tengono conto in modo realistico delle problematiche di viabilità stradale e autostradale.

²⁵ R. Balduzzi, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2022, p. 471, E. Jorio, D. Servetti, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2, 2019, p. 261 ss.

²⁶ Nell'allegato 1 al parere del Consiglio delle autonomie locali sul PSSR 2023-25 della Regione Liguria, consultabile all'indirizzo <https://www.cal.liguria.it/seduta/seduta-del-21042023>, p. 23, si evidenzia come spesso i bandi per i MMG nelle aree dell'entroterra vanno deserti e sarebbe quindi necessario prevedere specifiche condizioni contrattuali.

²⁷ In particolare, il PSSR 2023-25 (spec. p. 70 s.) non chiarisce se i Consultori saranno o meno integrati nelle Case di comunità e quale sarà il coordinamento tra consultori, servizi territoriali e ospedalieri. Secondo il d.m. 77 del 2022 dovrebbe essere previsto un consultorio ogni ventimila abitanti, con la possibilità di uno ogni diecimila nelle aree interne e rurali.

consultori ma anche la razionalizzazione dell'assistenza ostetrico-ginecologica e dei punti nascita, servizi che risultano particolarmente importanti anche per invertire la tendenza al calo demografico in Liguria, dove gli abitanti dal 2008 a oggi sono diminuiti del 29%.

6. Prime conclusioni

La Regione Liguria sembra avere finora adottato tutti gli atti richiesti dal d.m. 77 del 2022 per l'attuazione del PNRR e della Missione 6 – salute concernenti l'organizzazione della nuova sanità territoriale. A tale riguardo, però, sembra di poter rilevare un *deficit* di partecipazione degli enti locali, del terzo settore, dei professionisti sanitari e degli stessi utenti. Restano inoltre da affrontare alcuni nodi fondamentali da cui sembrano dipendere l'effettiva novità e la maggiore effettività della tutela della salute a livello territoriale e un'erogazione più omogenea dei servizi sanitari su tutto il territorio ligure. Tra questi si evidenziano, in modo particolare, la previsione di un sistema di *governance* efficace, il lavoro in *équipe* come modalità ordinaria di erogazione dei servizi, la definizione dei rapporti tra i presidi ospedalieri delle ASL, le Aziende ospedaliere e l'assistenza sociosanitaria territoriale (Case e Ospedali di comunità), il reperimento del personale sanitario e sociale che andrà a operare nelle nuove strutture sanitarie (soprattutto medici di medicina generale e personale infermieristico), il ruolo dei privati, la presenza di MMG nei piccoli Comuni dell'entroterra, la sostenibilità finanziaria delle strutture e del personale nel lungo periodo, l'educazione sanitaria e la prevenzione in ambito sanitario, climatico e ambientale, il ruolo dei consultori e la rete di assistenza materno-infantile.

Infine, restano da adeguare le previsioni del d.m. 77 del 2022 alla struttura geomorfologica (presenza di zone fortemente urbanizzate accanto ad aree interne e costiere meno abitate, difficoltà connesse alla viabilità stradale e autostradale) e sociale (popolazione molto anziana, *trend* demografico in forte diminuzione da più di un decennio, elevata affluenza di turisti soprattutto nel periodo estivo) della Liguria.

