

Osservatorio sui sistemi sanitari

Il sistema sanitario lombardo di fronte al PNRR e alle sfide della “nuova” sanità territoriale*

Filippo Scuto**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

SOMMARIO: 1. Un’analisi collegata ad alcune peculiarità del sistema sanitario lombardo. – 2. La pandemia e il nuovo intervento legislativo regionale. – 3. L’avvio dell’implementazione del DM 77. – 4. Alcune questioni aperte della sanità territoriale in Lombardia. – 5. Brevi osservazioni conclusive.

1. Un’analisi collegata ad alcune peculiarità del sistema sanitario lombardo

Il tema di una “nuova” sanità territoriale – riforma attesa da tempo e che fa riferimento ai servizi sanitari erogati da una pluralità di operatori al di fuori degli ospedali – presenta molteplici aspetti di rilievo primario e, da questo punto di vista, risulta senza dubbio interessante un’analisi in relazione al c.d. modello sanitario lombardo che, inevitabilmente, deve tenere conto di alcune peculiarità riconducibili a questo specifico contesto regionale. Innanzitutto, un primo motivo di interesse è legato ai possibili sviluppi di questo processo riformatore nel quadro del sistema sanitario lombardo che è andando assumendo negli anni caratteristiche proprie che lo differenziano dagli altri modelli regionali e che si contraddistingue per un significativo livello di autonomia rispetto alla normativa statale di riferimento.

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell’intervento svolto dall’Autore 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 degli Studi di Milano.

Sulla base dei principi ispiratori che hanno mosso il legislatore regionale e che sono riconducibili alla volontà di privilegiare la libera scelta del cittadino nell'accesso alle strutture sanitarie e socio sanitarie e, in parallelo, sviluppare la sussidiarietà orizzontale (*ex art. 118, quarto comma, Cost.*) così da consentire una piena parità tra strutture pubbliche e private¹, il sistema sanitario lombardo prevede una chiara separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione. L'attività di regolazione e commitenza (il c.d. governo dell'offerta) è svolta dalle Agenzie di Tutela della Salute (ATS) che, in raccordo con la Direzione Generale Welfare Regionale, programmano, acquistano e controllano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie. L'erogazione delle prestazioni viene svolta indifferentemente da strutture sanitarie private e pubbliche che hanno assunto la denominazione di Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)².

Non è possibile, in questa sede, soffermarsi sul confronto che da tempo riguarda questo modello e che vede contrapporsi sostenitori e oppositori. Secondo i primi, l'accesso paritario tutela la libera scelta del cittadino ed è in grado di favorire una positiva concorrenza tra pubblico e privato che si traduce in un innalzamento dei livelli di prestazioni in condizioni di migliore efficienza ed efficacia e che agevola l'affermarsi di "eccellenze". Per i secondi, invece, questo modello ha favorito le strutture private a danno di quelle pubbliche che devono seguire regole per l'acquisizione di personale e macchinari alle quali non sono sottoposti i privati e ha sviluppato un sistema "ospedalocentrico" orientato alle singole eccellenze private che ha finito per marginalizzare i servizi di sanità territoriale.

Quel che è certo è che le questioni sollevate dal DM n. 77 del 2022 – recante la disciplina della "nuova" sanità territoriale³ – in ordine a un miglioramento dei livelli della sanità territoriale e delle strutture di prossimità richiedono una riflessione anche per il sistema lombardo, riflessione che si presenta particolarmente interessante per la sua peculiarità nel panorama nazionale. Inoltre, va evidenziato che le novità provenienti dal PNRR nel quadro della "Missione 6 – Salute", da cui discende il DM 77 e su cui si tornerà a breve, possono avere un impatto sui livelli di autonomia – costituzionalmente protetta *ex art. 117, terzo comma, Cost.* – del governo sanitario regionale nell'ambito della disciplina statale del SSN. Il c.d. modello lombardo rappresenta un chiaro esempio di utilizzo di tale autonomia che ha consentito a questa Regione di sviluppare nel tempo quel sistema peculiare al quale qui si è solamente fatto cenno. Non può sfuggire, a tale riguardo, che dal PNRR discendono non soltanto nuovi significativi *input* che sono destinati a indirizzare i servizi sanitari

¹ Cfr. art. 2, lett. *b*) e *b*) L. Regionale 30 dicembre 2009, n. 33, T.U. delle leggi regionali in materia di sanità.

² Per un approfondimento del sistema sanitario lombardo si rinvia, tra i tanti, a R. BALDUZZI, *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005; S. ANTONIAZZI, *Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria*, in P. Bilancia (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale*, Milano, 2011, p. 273 ss.; E. GRIGLIO, *L'esperienza della Lombardia: il ruolo della Regione*, in C. DE VINCENZI, R. FINOCCHI GHERSI, P. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, 2010, p. 237 ss.

³ Ministero della salute, Decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

regionali, ma anche richiami normativi piuttosto stringenti che si spingono sino al ritorno della nozione dell’interesse nazionale che, come noto, era stata superata dalla Riforma del Titolo V della Costituzione del 2001. Come ha precisato il legislatore statale, infatti, “assume preminente valore l’interesse nazionale alla sollecita e puntuale realizzazione degli interventi” previsti dal PNRR⁴. Il che ha come conseguenza la necessità di guardare, oggi, alle questioni collegate alla tutela della salute non soltanto nel quadro delle competenze concorrenti Stato-Regioni *ex art.* 117, terzo comma, Cost., ma anche di una competenza esclusiva statale riconducibile ai rapporti dello Stato con l’Unione europea e ai livelli essenziali delle prestazioni. Va tenuto presente, peraltro, che l’attuale contesto si caratterizza anche per una crescente influenza da parte del livello di governo europeo in materia di salute⁵. Si tratta di un elemento di riflessione non secondario tanto più per i sistemi sanitari regionali, come quello lombardo, che sino ad oggi hanno sfruttato appieno l’autonomia regionale costituzionalmente protetta in materia sanitaria.

Nei prossimi anni, si tratterà dunque di capire se la crisi pandemica da cui discendono i nuovi indirizzi in tema di sanità contenuti nel PNRR e nel DM 77 comporterà un ridimensionamento delle peculiarità del sistema lombardo (e una tendenziale omologazione rispetto agli altri sistemi regionali) o se, invece, le sue caratteristiche di fondo rimarranno inalterate pur nel quadro di un intervento riformatore ineludibile alla luce delle richieste provenienti dallo stesso PNRR. La Lombardia sembra dunque poter rappresentare, sotto questo punto di vista, un interessante punto di osservazione in relazione ai possibili sviluppi relativi a questioni di assoluto rilievo costituzionale come la tutela della salute e il rapporto Stato-Regioni nell’ottica dell’autonomia regionale in materia.

Vi è, poi, un secondo elemento di interesse per l’analisi della nuova sanità territoriale in relazione al sistema lombardo e riguarda il significativo intreccio di eventi e vicende riconducibili all’ambito sanitario che si sono susseguite in questi ultimi anni in questa Regione. Da un lato, infatti, la crisi pandemica ha messo in luce alcune criticità della *governance* sanitaria lombarda riferibili alla gestione dell’assistenza territoriale che probabilmente si sono rese ancora più evidenti in ragione della gravità dell’impatto della pandemia in questa Regione⁶. Dall’altro, va ricordato che il legislatore regionale è intervenuto proprio nel

⁴ In base a quanto previsto dall’art. 1 del d.l. n. 77/2021 convertito nella l. n. 108/2021 relativa alla governance del PNRR. In generale, su ritorno dell’interesse nazionale nel quadro del PNRR v. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, p. 520 ss.

⁵ Cfr., su questi aspetti, R. BALDUZZI, *Più “Europa” nella sanità italiana, più Italia nella sanità “europea”*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, p. 3 ss.; A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in P. BILANCIA (a cura di), *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, in *Federalismi.it*, numero speciale 4, 2018; F. PIZZOLATO, *La dimensione territoriale delle cure sanitarie: il principio costituzionale del pluralismo e le politiche comunitarie*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, p. 259 ss.

⁶ In un contesto generale di estrema complessità, tanto in relazione all’impatto su salute e diritti sociali, quanto sul rapporto tra decisione politica ed expertise tecnica. Su tali questioni ci si limita qui a rinviare a P. Bilancia, *Il grave impatto del Covid-19 sull’esercizio dei diritti sociali*, in G. DE MINICO, M. VILLONE (a cura di), *Stato di diritto – Emergenza – Tecnologia*, Consulta online, 2020, 70 ss.; F.G. PIZZETTI, *Decisione politica ed expertise tecnico*, in *Id.*, p. 110 ss.

difficile contesto della pandemia e del PNRR che da essa discende, modificando il T.U. regionale in materia sanitaria a seguito di una non facile interlocuzione con il Ministero della Salute. Anche questo elemento va tenuto in considerazione nell'esaminare le possibili implicazioni derivanti dall'implementazione del DM 77 in questa Regione.

2. La pandemia e il nuovo intervento legislativo regionale

Come si è anticipato, il percorso che ha portato il legislatore regionale a intervenire nuovamente in materia sanitaria va analizzato poiché contiene numerosi elementi di interesse che si intrecciano con le questioni sollevate dal DM 77 in relazione a un nuovo modello di sanità territoriale.

A conclusione del quinquennio sperimentale introdotto dalla legge regionale lombarda del 2015 che, comunque, aveva consolidato un modello le cui radici risalgono al 1997⁷, nel dicembre 2020 il Ministero della salute trasmetteva a Regione Lombardia la relazione di verifica dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali (AGENAS) con cui richiedeva di introdurre una serie di modifiche al sistema sanitario regionale lombardo.

Il corposo documento di AGENAS (73 pagine)⁸ aveva individuato una serie di criticità suggerendo di rivedere alcuni aspetti dell'impianto organizzativo del sistema sanitario lombardo relativi, in particolare, al tema dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e a quello della prevenzione. Va rilevato, inoltre, che AGENAS ha in quell'occasione evidenziato che la propria proposta di riorganizzazione dell'assetto regionale era stata presentata al fine di armonizzare (in alcuni passaggi si utilizzava il termine "riallineare") l'impianto organizzativo regionale rispetto alla disciplina legislativa statale (e, in particolare, al d.lgs. 502/1992 e ss.). Le questioni sollevate, pertanto, riguardavano da vicino il tema costituzionale dei livelli (e dei limiti) di autonomia regionale in materia sanitaria.

A giudizio di AGENAS, l'aspetto peculiare del modello organizzativo lombardo basato sulla netta separazione delle funzioni di governo – spettanti alle 8 ATS – da quelle di erogazione delle prestazioni (assegnate alle ASST e agli erogatori privati) comporterebbe alcune criticità che si possono così riassumere: la frammentazione dell'impianto di *governance* porterebbe a una risposta non coordinata da parte degli erogatori del sistema che si ripercuote sui bisogni della popolazione e genererebbe una disomogeneità della qualità dell'offerta sul territorio; tale separazione finirebbe per indebolire anche la funzione

⁷ Si fa riferimento, rispettivamente, alla l.r. n. 23/2015 e alla l.r. n. 31/1997. Lo stesso art. 1-*bis* della l.r. n. 23/2015 prevedeva che si trattasse di un assetto organizzativo sperimentale, assetto basato sulla già richiamata distinzione tra ATS e ASST.

⁸ Cfr. AGENAS, La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) – Analisi del modello e risultati raggiunti a cinque anni dall'avvio, Dicembre 2020.

strategica riguardante le attività di prevenzione; la competizione tra ASST ed erogatori privati accreditati genererebbe difficoltà nell’assegnazione del budget, nel controllo delle prestazioni erogate e nel garantire omogeneità nei servizi. Il modello proposto da AGENAS prevedeva una revisione dell’impianto di *governance* caratterizzata principalmente dalla costituzione di un’unica ATS regionale (in luogo delle 8 presenti), nonché l’assegnazione alla Regione non solo delle funzioni di pianificazione, programmazione e indirizzo ma anche di accreditamento al fine di valorizzare meglio l’attività dei soggetti privati nell’ambito della programmazione regionale sulla base dei bisogni della popolazione. Si proponeva, inoltre, che la Regione si riappropriasse della funzione di vigilanza di tutti i soggetti erogatori attraverso proprie strutture di controllo.

Con l’adozione della l.r. 14 dicembre 2021, n. 22⁹ (e con le successive modifiche¹⁰) il legislatore regionale ha scelto di intervenire sul piano del rafforzamento di strutture e presidi territoriali, intervento che peraltro si era reso opportuno sulla base degli obiettivi contenuti nella “Missione 6- salute” del PNRR e, allo stesso tempo, ha deciso di mantenere nella sostanza l’impianto di governo sanitario preesistente.

Come esplicitato dalla stessa scheda di accompagnamento della legge n. 22 reperibile nel portale di Regione Lombardia¹¹, la pandemia ha reso evidente la necessità di riorganizzare la rete sanitaria regionale con l’obiettivo di avvicinare il cittadino alle cure primarie e, pertanto, la legge in questione si è proposta di migliorare e rafforzare il sistema sanitario lombardo. In particolare, il legislatore ha perseguito l’obiettivo del rafforzamento dell’assistenza territoriale attraverso la realizzazione di nuove strutture e presidi più vicini al cittadino attenendosi alle indicazioni contenute nel PNRR. Si fa, quindi, essenzialmente riferimento all’istituzione delle Case di comunità, degli Ospedali di comunità e delle Centrali operative territoriali per la presa in carico dei pazienti cronici e il coordinamento dei servizi domiciliari, nonché all’istituzione di un Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive. Da segnalare, inoltre, la reintroduzione dei Distretti Sociosanitari attraverso la previsione secondo cui ogni ASST si articola in distretti il cui territorio deve coincidere con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i piani di zona (art. 7 *bis*). Si tratta, peraltro, di una articolazione delle ASST in distretti le cui dimensioni hanno recepito le indicazioni provenienti dalla normativa statale.

Per quanto riguarda, in generale, l’impianto di fondo del modello organizzativo, come si anticipava, l’intervento legislativo ha operato in continuità rispetto al passato con l’obiettivo di preservare i già richiamati principi ispiratori del sistema sociosanitario lombardo. Si è scelto, infatti, di mantenere il tratto distintivo di questo sistema regionale il cui modello

⁹ Recante “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”).

¹⁰ Si fa riferimento alle modifiche contenute nella l. r. 3 marzo 2022, n. 3.

¹¹ Scheda informativa “La legge di potenziamento dei servizi sanitari e sociosanitari”, disponibile nel sito web della Regione.

organizzativo articolato e stratificato (frammentato per i suoi critici) continua a basarsi sulla netta separazione delle funzioni di governo da quelle di erogazione delle prestazioni. Da ciò deriva, come si è già evidenziato, un sistema imperniato sulla concorrenza tra pubblico e privato nell'erogazione delle prestazioni. Tale modello, peraltro, è stato confermato anche in relazione all'ambito della prevenzione (art. 4-*bis*) (a differenza di quanto era stato richiesto da AGENAS) affidando compiti "erogativi" ad ASST e operatori privati e l'attività di programmazione alle ATS. Nella sostanza, dunque, il legislatore lombardo ha proseguito sulla strada della valorizzazione di quell'autonomia costituzionalmente protetta in materia di tutela della salute che si riflette, in questa Regione, su un impianto organizzativo indubbiamente peculiare e che si distingue, in parte, da alcune indicazioni provenienti dal legislatore statale. Sotto questo profilo, sarà dunque interessante verificare nei prossimi anni come questo modello riuscirà ad adattarsi alle significative novità derivanti dall'applicazione del PNRR in ordine al riordino della sanità territoriale.

3. L'avvio dell'implementazione del DM 77

Come si è detto, nel caso della Lombardia è stato il legislatore regionale a porre le basi per l'implementazione degli obiettivi contenuti nel PNRR in relazione alla sanità territoriale. Sotto questo profilo, va a questo punto posta l'attenzione anche sull'attività regionale di implementazione del contenuto del DM n. 77 del 2022 che ha a sua volta delineato, come richiesto dal PNRR, un nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria territoriale. La Missione 6 ha dedicato una specifica azione alle "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale" che si è tradotta nell'obiettivo di una riforma complessiva del sistema di assistenza territoriale sulla base di tre linee di intervento: le Case di Comunità (CdC) e la presa in carico delle persone in un contesto in cui la Casa di comunità viene messa al centro del nuovo modello organizzativo; la casa come primo luogo di cura e la telemedicina; il rafforzamento delle strutture sanitarie intermedie (Ospedali di Comunità - OdC). Come noto, le indicazioni contenute nel DM 77 necessitano di essere recepite a livello regionale per la loro attuazione

Con Delibera della Giunta regionale DGR 6760 del 25 luglio 2022 la Regione ha recepito il DM 77 relativamente al modello organizzativo delle CdC, degli OdC e delle Centrali Operative territoriali (COT) previste dal PNRR. Complessivamente, si tratta di istituire 216 CdC, 71 OdC e 104 COT, con un cronoprogramma che ha previsto la realizzazione del 40% di tali strutture entro il 2022, il 30% entro il 2023 e il restante 30% entro il 2024. Sotto questo profilo, in base alle indicazioni contenute nel portale di Regione Lombardia, a gennaio 2023 risultavano inaugurate 90 CdC. Va segnalato, a tale riguardo, che la l. r. n. 22/2021 ha previsto che tutto il potenziamento della rete territoriale debba essere portato a compimento entro tre anni dalla data di entrata in vigore della legge stessa e, quindi, entro il dicembre 2024.

Successivamente, con DGR 7592 del 15 dicembre 2022 la Regione, attenendosi alle indicazioni del DM 77, ha adottato il proprio "*Documento regionale di programmazione dell'as-*

sistenza territoriale” all’interno del quale sono presenti gli indirizzi e il modello individuato per la riorganizzazione dell’assistenza territoriale. Come si evince dal Documento, in coerenza con il DM 77, il modello organizzativo della nuova sanità territoriale lombarda intende basarsi sulla centralità dell’assistenza domiciliare e della continuità assistenziale, nonché sullo sviluppo del raccordo tra polo ospedaliero e polo territoriale.

In questo contesto, il Distretto, posto sotto la direzione della ASST, è chiamato a fornire una risposta assistenziale integrata nel quadro della rete dell’offerta regionale. La programmazione e l’organizzazione delle attività delle strutture territoriali (CdC, OdC, COT) fanno capo alla Direzione strategica della ASST, sono coordinate dal Direttore Sociosanitario e attuate dal Direttore del Distretto che organizza l’erogazione delle attività. La CdC dipende gerarchicamente dal Distretto e rappresenta la piattaforma erogativa delle articolazioni della ASST: in ragione della centralità che pare assumere nel Documento programmatico, essa dovrebbe rappresentare, negli intenti, l’articolazione attraverso la quale, in armonia con gli obiettivi del PNRR, verrà erogata l’assistenza con una componente rilevante di domiciliarità, attività ambulatoriale e telemedicina. Inoltre, la CdC viene individuata come il luogo deputato a potenziare la rete della *community care* coinvolgendo il mondo dell’associazionismo e del terzo settore nella pianificazione delle attività e nell’erogazione di servizi di supporto. Ogni ASST è chiamata a dotarsi di una piattaforma di servizio unitaria le cui funzionalità si articolano a livello aziendale e distrettuale attraverso il sistema delle Centrali Operative Territoriali (COT) che, in base al DM 77, svolge una funzione di supporto in *back office* e di raccordo tra i professionisti coinvolti nei diversi servizi assistenziali. La COT è chiamata a svolgere un ruolo di primo piano nella transizione dei pazienti da un *setting* di cura e assistenza all’altro. A ciascuna COT, che svolge la propria attività a livello distrettuale potendo essere collocata presso la CdC attiva nel Distretto, andrà affidata la gestione di aspetti di rilievo primario come il percorso di dimissione dei pazienti non in condizioni di rientrare nel proprio domicilio, la prenotazione delle prestazioni specialistiche, il monitoraggio dei pazienti con patologie croniche. Nel Documento regionale di programmazione, tale aspetto viene ritenuto quello più innovativo del processo di revisione della sanità territoriale e la delibera regionale richiamata rimanda a successivi atti della Direzione Generale Welfare per la completa determinazione dell’organizzazione delle COT. L’organizzazione delle cure domiciliari, secondo quanto stabilito dal Documento regionale programmatico, dovrà spettare alla Direzione sociosanitaria nell’ambito del Distretto. In tema di cure domiciliari, il Documento attribuisce un ruolo centrale alla valutazione multidimensionale del bisogno della persona e del suo contesto di vita. La Missione 6 del PNRR, in relazione all’assistenza domiciliare, introduce l’obiettivo di un aumento del volume di questa tipologia di prestazioni sino al 10% della popolazione in età maggiore di 65 anni entro il 2025 a livello nazionale. A tale riguardo, Regione Lombardia ha individuato come target l’8,9% della popolazione over 65 (214400 persone) entro il 2025, con un incremento del 5% rispetto al valore di partenza.

Come si è accennato, tra gli obiettivi del PNRR e del DM 77 rientra lo sviluppo della telemedicina e, sotto questo profilo, il sistema sanitario lombardo è destinato a rappresentare nei prossimi anni un interessante punto di osservazione. Con un Decreto del Ministro della

Salute di concerto con il Ministro per l'Innovazione Tecnologica e la Transizione Digitale, del 20 settembre 2022, infatti, la Lombardia è stata scelta insieme alla Puglia come Regione “capofila” di un progetto di sperimentazione con il compito di provvedere alla progettazione e all'affidamento di una Piattaforma “verticale” di Telemedicina alla quale potranno aderire tutte le Regioni per l'erogazione dei propri servizi. In particolare, le due regioni faranno da apripista essendo chiamate a sviluppare le applicazioni che abilitano i servizi specifici di telemedicina, oltre a mettere a disposizione delle altre Regioni i servizi e le tecnologie digitali che metteranno in funzione. Il cronoprogramma prevede di definire entro il 2023 il modello regionale di telemedicina e di attivare i relativi servizi nella Regione entro il 2024. Si tratterà quindi di valutare, nei prossimi anni, grazie anche al contributo che darà la sperimentazione in questa Regione, in che misura l'obiettivo fissato dal PNRR di promuovere l'utilizzo della telemedicina per migliorare l'accesso alle cure aumentando le tipologie dei percorsi assistenziali rappresenterà un ulteriore strumento per potenziare la sanità territoriale.

4. Alcune questioni aperte della sanità territoriale in Lombardia

Complessivamente, il Documento programmatico di Regione Lombardia delinea dunque un progetto ambizioso e potenzialmente in grado di ridisegnare il quadro della sanità territoriale lombarda, come del resto doveva essere in ragione del fatto che la Regione ha avviato l'implementazione di un modello previsto a livello statale da PNRR e DM 77.

Sarà senz'altro interessante verificare nei prossimi anni, a conferma dell'importanza di un'analisi sull'implementazione del DM 77 in Lombardia, in che modo il modello innovativo sostanzialmente “imposto” dal livello statale potrà svilupparsi nel quadro delle peculiarità di questo sistema sanitario regionale cui si è fatto brevemente cenno. Gli esiti di tale percorso non appaiono scontati. Del resto, il riferimento a una sorta di “imposizione” statale derivante dal DM 77 non vuole affatto essere negativo, *in primis* in ragione del fatto che i principi richiamati per rafforzare la sanità territoriale sono evidentemente finalizzati a una migliore tutela del diritto fondamentale alla salute di ogni persona derivante dall'art. 32 Cost. Inoltre, anche in riferimento al riparto delle competenze, appare indubbio che spetti alla competenza statale la determinazione dei principi fondamentali anche riferibili alla disciplina organizzativa dei servizi sanitari, purchè sia lasciato uno spazio di intervento al legislatore regionale per garantire la sua competenza in tema di salute¹². Come si è detto, Regione Lombardia ha scelto di mantenere un modello organizzativo autonomo e

¹² Cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2, 2022, p. 466.

peculiare confermato con l'ultimo intervento legislativo e sarà interessante valutare nei prossimi anni come questo modello si conformerà all'implementazione dei principi contenuti nel PNRR relativi alla riorganizzazione della sanità territoriale.

Va comunque rilevato che sullo sfondo rimangono alcune perplessità, riferibili a tutte le Regioni, in ordine alla possibilità di implementare effettivamente il modello di sanità territoriale delineato dal DM 77 se si considera che le risorse di personale attualmente a disposizione, specie per il concreto funzionamento di CdC e OdC, sono insufficienti. Dal momento che le risorse del PNRR sono utilizzabili per investimenti e non per assunzioni di nuovo personale e che, sulla base degli standard di personale individuati per difetto dallo stesso DM 77, sarebbe necessario un surplus di risorse aggiuntive di circa il 25% a partire dal 2026¹³, i conti sono presto fatti. Il tema delle conseguenze di questo nuovo impianto sulla spesa corrente e sulla reperibilità delle risorse rimane dunque, allo stato attuale, aperto e irrisolto. Sul punto, peraltro, anche il Documento programmatico di regione Lombardia evidenzia come criticità il fatto che il modello preveda un importante sforzo in termini di risorse, mediche e infermieristiche, allo stato attuale di difficile reclutamento. Il rischio, insomma, è che si costruiscano o ammodernino edifici, si acquistino attrezzature e potenziino servizi ma che poi sia difficile farli funzionare per mancanza di fondi destinati all'assunzione di personale specializzato e alla sua formazione. Sotto questo profilo, peraltro, qualche preoccupazione deriva anche dal fatto che nel DEF 2023 varato dal Governo non siano previsti interventi di sostegno alla riforma della sanità territoriale né risorse per nuovo personale e per la formazione (le risorse previste per l'assunzione di nuovo personale riguardano infatti i servizi di urgenza ospedalieri). Secondo le previsioni, inoltre, la spesa sanitaria in rapporto al Pil calerà dal 6,9% del 2022 al 6,2 per cento nel 2025, per poi tornare a crescere progressivamente, ma il 7% dovrebbe essere raggiunto nuovamente soltanto dopo il 2040¹⁴. Pertanto, ad oggi, le risorse per accrescere la disponibilità di personale deputato al funzionamento della nuova sanità territoriale non appaiono sufficienti. Tra le questioni che si intersecano con i temi e gli obiettivi fissati dal PNRR e dal DM 77 vi è, senz'altro, quella dell'enorme dilatazione delle liste di attesa, problema diffuso su tutto il territorio e che riguarda quindi tutti i sistemi sanitari regionali. Si tratta di una questione che non ha trovato una specifica attenzione da parte del DM 77 ma che, tuttavia, riveste un'importanza assoluta e va considerata come un problema di assoluto rilievo costituzionale poiché l'eccessiva lunghezza dei tempi per poter accedere alle visite specialistiche e agli interventi chirurgici rappresenta una barriera all'accesso al SSN e contrasta con i principi di universalità dell'accesso alle cure e della tutela della salute come diritto fondamentale della persona.

¹³ Cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale*, cit., p. 467.

¹⁴ Cfr. G. TURATI, *Per la sanità del territorio non basta costruire gli edifici*, in *lavoce.info*, 20 aprile 2023.

Nel corso del 2022 Regione Lombardia ha approvato due delibere con cui ha cercato di affrontare la questione introducendo un sistema sanzionatorio che prevedeva la penalizzazione delle strutture responsabili dei ritardi alle quali è stata decurtata la remunerazione prevista dal 5 al 50% (sulla base dei giorni di ritardo e della classe di urgenza della prestazione). In base al sistema lombardo, infatti, a ogni prestazione erogata da strutture sanitarie pubbliche e private corrisponde una remunerazione da parte delle ATS. L'effetto di questo meccanismo, in teoria basato su un approccio logico e condivisibile legato ad incentivare l'erogazione della prestazione in tempi rapidi, è stato analizzato in uno studio dell'Istituto Bruno Leoni¹⁵. Come dimostra lo studio, su questo sistema di incentivi influiscono negativamente due fattori. Il primo è che i ritardi nelle prestazioni sono dovuti spesso alla scarsità di risorse e al *budget* limitato a disposizione delle strutture. Il secondo è legato alla peculiarità del sistema lombardo, in base al quale i pazienti possono scegliere dove farsi curare e anche per questa ragione la libera scelta tende ad orientarsi verso le strutture con una reputazione migliore su specifiche prestazioni, strutture che divengono quindi naturalmente quelle più richieste e, di conseguenza, quelle con le liste di attesa più lunghe. Il rischio è quindi di penalizzare le strutture migliori (come è avvenuto, lo evidenzia lo studio, nell'area oncologica e in quella cardiologica). A tale riguardo, va rilevato che con alcuni recenti interventi la Regione sta rivedendo questa impostazione poiché ci si è resi conto degli effetti controproducenti di una misura premiale e sanzionatoria come quella descritta che non aveva, ovviamente, l'obiettivo di penalizzare strutture virtuose. In generale, e a prescindere dai singoli sistemi regionali, il tema delle liste di attesa va comunque affrontato sia a livello nazionale che regionale con maggiore urgenza e trovando velocemente rimedi che non possono che partire, nell'immediato, da un surplus di risorse finanziarie da destinare a questa esigenza.

Un'altra questione non direttamente affrontata dal DM 77 ma che assume una notevole rilevanza nel contesto attuale, è quella della salute mentale dei giovani che, come noto, sono stati evidentemente i più colpiti sul piano psicologico dagli effetti della crisi pandemica. Basti pensare, solo per citare un esempio, al crescente disagio psicologico che si sta diffondendo tra gli studenti universitari in relazione al loro percorso di studi e al preoccupante dato dell'aumento di suicidi di giovani universitari che si sta registrando negli ultimi mesi¹⁶. Sul punto, il DM 77 appare carente. La conferma della mancanza di una specifica attenzione sul punto è dimostrata, ad esempio, anche laddove il DM si occupa ai Consultori familiari in cui si fa riferimento alle prestazioni psicologiche destinate a donne, minori, coppie e famiglie e non, nello specifico, anche ai giovani nel delicato passaggio

¹⁵ Si tratta dello studio dell'Istituto Bruno Leoni, di P. BELARDINELLI, *Liste d'attesa in Lombardia. Cosa fare e cosa non fare per limitarle*, 22 marzo 2023. Si veda, sul punto, anche P. BELARDINELLI, C. STAGNARO, *Liste d'attesa della sanità: evitare soluzioni paradossali*, in *Lavoce.info*, 2023.

¹⁶ V., ad esempio, tra le numerose indagini giornalistiche sulla questione, la recente inchiesta di C. BONINI, *Morire di Università, Inchiesta sulla sequenza di suicidi nei nostri atenei*, in *Repubblica.it*, 16 aprile 2023.

dall'adolescenza alla vita adulta. In questo ambito, però, sembra ineludibile un maggiore impegno da parte del SSN per gestire meglio problemi psicologici, anche non gravi, di questa fascia di età e sviluppare il raccordo con i centri di salute mentale. Sotto questo aspetto, il richiamato Piano regionale lombardo di attuazione del DM 77 mostra una certa attenzione evidenziando, da un lato, un buono standard di assistenza in Regione sul piano della salute mentale dell'infanzia e adolescenza e, dall'altro, proponendosi al contempo un miglioramento della qualità dell'assistenza. L'obiettivo, che appare condivisibile, viene individuato nello sviluppo di un'organizzazione basata sulla continuità della cura della persona con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare: sotto questo profilo viene confermato l'impianto di un governo accentrato presso la “Struttura Regionale Salute Mentale”, con l'obiettivo di offrire interventi sempre più integrati e in continuità nel passaggio dall'età adolescenziale a quella adulta. Si tratta, in ogni caso, di una questione che appare sempre più rilevante e che necessiterà nei prossimi anni di una maggiore attenzione da parte del SSN e dei sistemi sanitari regionali.

5. Brevi osservazioni conclusive

Come si è detto, l'analisi dell'impatto sul sistema sanitario lombardo della nuova sanità territoriale prefigurata dal PNRR appare interessante sotto molteplici profili.

Quello sanitario, peraltro, rappresenta uno dei principali settori di investimento, dopo quello relativo ai trasporti, delle risorse destinate dal PNRR al territorio lombardo¹⁷, oltre ad essere uno degli ambiti in cui maggiormente significativa, dato l'assetto delle competenze sancito dall'art. 117 Cost., risulterà la modalità di implementazione regionale degli obiettivi fissati a livello statale.

La realizzazione degli obiettivi del PNRR relativi alla nuova sanità territoriale dovrà continuare ad essere analizzata dalla prospettiva lombarda poiché quest'ultima rappresenta un interessante punto di osservazione. Come si è cercato di evidenziare, infatti, il fatto che Regione Lombardia abbia scelto di mantenere, nella sua peculiarità, anche a seguito della pandemia e dell'adozione del PNRR, l'assetto del proprio sistema sanitario basato sulla separazione tra governo dell'offerta sanitaria ed erogazione delle prestazioni impone di verificare come questo modello potrà preservarsi e, contemporaneamente, recepire gli *input* provenienti dal PNRR. Il tema della nuova sanità territoriale, del resto, è centrale per questa Regione poiché la pandemia ha messo in luce alcune criticità del sistema sanitario, come del resto è stato riconosciuto da tutti gli attori in campo, a partire dalle stesse istituzioni lombarde.

¹⁷ Per un approfondimento sull'impatto del PNRR sulla regione Lombardia, si rinvia a L. SALVEMINI, *Esempi virtuosi e best practices*, in P. BILANCIA (a cura di), *Il PNRR e il sistema delle autonomie: opportunità e criticità*, in corso di pubblicazione, Bologna, 2023.

Più in generale, poi, la questione dell'impatto del PNRR sul sistema sanitario lombardo rappresenta una questione di sicuro interesse poiché riguarda, in un certo senso, la tenuta stessa dell'autonomia regionale in ambito sanitario alla luce del riparto delle competenze previsto dall'art. 117 Cost. A tale riguardo, non può non osservarsi una certa "tensione", che appare peraltro inevitabile, tra l'autonomia regionale in materia costituzionalmente protetta, sviluppata e perseguita in questi anni dalla Lombardia attraverso l'elaborazione di un proprio sistema certamente "autonomo", e le direttive provenienti "dall'alto" da parte dello Stato che, attraverso il PNRR e il DM n. 77 ha oggettivamente e comprensibilmente delineato un quadro di riferimento della nuova sanità territoriale che sembrerebbe destinato a uniformare maggiormente i sistemi sanitari regionali rispetto a quanto avvenuto sino ad oggi. Tuttavia, quel che appare come un tendenziale ri-accentramento, nell'ambito di un rapporto indubbiamente complesso che viene a instaurarsi tra PNRR e autonomia sanitaria regionale (e, in particolare, lombarda), andrà poi valutato anche alla luce dei possibili sviluppi delle "sanità differenziate" nel processo di attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost. – tema sul quale non è possibile soffermarsi in questa sede¹⁸ – che, spingendo in direzione opposta rispetto alla tendenza appena richiamata, potrebbe invece incentivare e rafforzare l'autonomia (sanitaria) delle Regioni ordinarie.

Quel che è certo è che dagli artt. 2 e 32 Cost. discendono i principi di universalità, uguaglianza ed equità che stanno alla base del SSN istituito con la legge n. 833 del 1978. Sono questi i principi e gli obiettivi verso i quali deve tendere ogni sistema regionale a prescindere dai modelli e dalle questioni dell'autonomia regionale in materia. Da questo punto di vista, il PNRR e il DM 77 devono essere interpretati come una nuova sfida per il sistema sanitario lombardo (come per ogni altro sistema regionale), una sfida che miri al rinnovamento e al miglioramento dell'assistenza sanitaria per i cittadini. Del resto, va sempre ricordato che uno degli obiettivi di fondo del PNRR consiste nel rimuovere le disuguaglianze profonde esistenti nel tessuto sociale del nostro Paese e accentuate dalla pandemia. Sotto questo profilo, gli interventi per migliorare i livelli di tutela del diritto alla salute rappresentano uno degli aspetti decisivi nel rapporto tra nuove forme di intervento pubblico prefigurate dal PNRR, diritti sociali e nuovo modello di welfare¹⁹.

¹⁸ Si rinvia, sul punto, a M. COSULICH, *Sanità speciali e sanità "differenziate"*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2020, p. 200 ss.; C. COLAPIETRO, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2020, p. 180 ss.

¹⁹ In generale, su queste questioni, sia consentito il rinvio a F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica nel nuovo contesto europeo*, Torino, 2022, p. 195 ss.