

Osservatorio sui sistemi sanitari

La contrastata applicazione della nuova sanità territoriale nella Regione Campania*

Michela Troisi**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

SOMMARIO: 1. Notazioni introduttive. – 2. Profili procedurali. – 3. Profili di merito. – 4. Profili di contesto.

1. Notazioni introduttive

Tra i molteplici aspetti riconducibili al diritto alla salute, nella sua veste di diritto sociale fondamentale, di particolare rilievo appare «la pretesta positiva dell'individuo a che la Repubblica predisponga le strutture e i mezzi idonei a garantire cure adeguate a tutti e cure gratuite agli indigenti»¹. Il godimento effettivo del diritto è, pertanto, ontologicamente legato alla predisposizione e alla organizzazione dei servizi sanitari sul territorio, nel rispetto di quell'intreccio di competenze che in tale materia coinvolgono lo Stato e le Regioni: la competenza esclusiva statale con riguardo alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, la competenza concorrente circa la tutela della salute e la competenza residuale relativa all'organizzazione sanitaria².

* 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".

* Ricercatrice in Diritto costituzionale nell'Università degli Studi di Napoli Federico II.

¹ F. PALLANTE, *I diritti sociali tra federalismo e principio di eguaglianza sostanziale*, in *Diritto pubblico*, n. 1/2011, 271.

² Su tale intreccio, si v., *ex multis*, R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano, 2005; D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del*

In tale quadro, permanentemente in divenire (anche in ragione dell'incidenza della giurisprudenza costituzionale sulla configurazione dell'assetto delle competenze)³, l'adozione del Piano nazionale di ripresa e di resilienza (di seguito PNRR) costituisce un indubbio fattore di rilievo⁴. Come noto, infatti, la sesta missione del PNRR è dedicata alla salute, con l'obiettivo di affrontare una serie di criticità proprie del sistema sanitario nazionale, tra cui le significative asimmetrie territoriali nell'erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, l'inadeguata integrazione tra i servizi ospedalieri, quelli territoriali e quelli sociali e, non da ultimo, la lunghezza dei tempi di attesa per l'erogazione di molte prestazioni. La prima componente della missione è espressamente incentrata su "reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", al fine di rafforzare, tra l'altro, le strutture e i servizi sanitari di prossimità e domiciliari. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la previsione delle Case della Comunità, quale punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, il potenziamento dei servizi domiciliari e l'investimento nella realizzazione degli Ospedali di Comunità, strutture sanitarie a ricovero breve e destinate a quei pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

La geografia sanitaria italiana sta vivendo, dunque, una storica fase di transizione. Il decreto interministeriale di natura regolamentare del 23 maggio 2022, n. 77⁵ (di seguito DM 77), contiene la disciplina del nuovo modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e individua gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Così come previsto dall'articolo 1, commi 2 e 3 del suddetto decreto, le Regioni, entro 6 mesi dalla sua entrata in vigore, devono adottare un provvedimento generale di programmazione e, conseguentemente, provvedere ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza e del sistema di prevenzione sul territorio, tenendo in considerazione anche gli investimenti previsti dal PNRR.

Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione del principio di sussidiarietà, in *Le Regioni*, n. 6/2007; A. NARDONE, *La distribuzione dei poteri in sanità: le ipotesi di sostituzione del Governo nella gestione delle politiche di spesa delle Regioni*, Napoli, 2009; con riferimento al periodo pandemico, si v. G. SCACCIA, C. D'ORAZI, *La concorrenza tra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria tra unità e differenziazione*, in *Forum di quaderni costituzionali*, n. 3/2020.

³ Tra le ultime, cfr. Corte costituzionale, sent. n. 62 del 2020, in cui viene precisato che la determinazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria costituisce un obbligo per il legislatore statale ma che le Regioni sono necessariamente coinvolte per la proiezione dei LEA in termini di fabbisogno regionale. Il miglior servizio alla collettività è, dunque, assicurato da una fisiologica dialettica tra Stato e Regioni, improntata alla leale collaborazione. Sul tema, cfr. C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di quaderni costituzionali*, n. 2/2020.

⁴ In chiave critica, cfr. D. DE LUNGO, *Contributo allo studio dei rapporti fra Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e sistema delle fonti statali: dinamiche, condizionamenti e prospettive*, in *Osservatorio sulle fonti*, n. 3/2022.

⁵ Decreto 23 maggio 2022, n. 77, "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", pubblicato su G. U. Serie generale, n. 144 del 22 giugno 2022. Sul tema, tra i primi, cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2022.

Concentrandosi sulla Regione Campania e sulle attività realizzate da quest'ultima nel processo di recepimento sul territorio della nuova disciplina, occorre evidenziare che il nuovo modello di assistenza territoriale manifesta peculiarità procedurali, di merito e di contesto.

2. Profili procedurali

Il primo profilo degno di nota è di tipo procedurale, legato al ruolo della Regione Campania nel procedimento di approvazione del DM 77.

Il procedimento per la fissazione degli *standard* sanitari territoriali è individuato nell'articolo 1, comma 169, della legge n. 311 del 2004⁶, che prevede sia adottato un regolamento ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge n. 400 del 1988, con il quale fissare «gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza»⁷. Questo regolamento, come stabilito dalla Corte costituzionale con la decisione n. 134 del 2006⁸, deve essere adottato «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano».

Ebbene, nonostante un tentativo di mediazione, la Campania, in data 30 marzo 2022, ha ufficializzato il proprio diniego in Conferenza Stato-Regioni all'intesa sul provvedimento, in ragione della dirimente questione delle risorse di personale, con particolare riguardo alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità⁹; diniego confermato anche dopo le rassicurazioni pervenute dal Ministero della Salute che aveva ricordato come l'entrata in vigore del regolamento costituisse una specifica *milestone* europea del PNRR e dovesse avvenire entro la data del 30 giugno 2022¹⁰. Invero, non può negarsi che, in tal modo, la Regione Campania abbia svelato una rilevante criticità dello schema di decreto allora in discussione. È indubbio che, come peraltro rilevato¹¹, sarebbe stato opportuno prevedere un investimento di risorse aggiuntive anche in considerazione degli *standard* di personale individuati dall'allegato allo schema di decreto. Di contro, il decreto, anche nella sua versione definitiva, contiene la clausola di invarianza finanziaria, con un riferimento espresso

⁶ Con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, per assicurare l'implementazione degli *standard* sanitari territoriali, si v., da ultimo, art. 1, comma 274, l. n. 234 del 2021.

⁷ Così in art. 1, comma 169, l. 311 del 2004. Si ritiene che il riferimento alle tipologie di assistenza e ai servizi di cui al comma 169 possa coprire anche i modelli di assistenza sanitaria territoriale, così in R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., 463.

⁸ Sul tema, si v. E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni*, n. 5/2006; L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 2/2006.

⁹ L. FASSARI, *Dm 71. La Campania pone il veto e in Stato-Regioni è di nuovo fumata nera. I nuovi standard del territorio andranno avanti ma c'è il rischio di una falsa partenza*, in *quotidianosanità.it*, 30 marzo 2022.

¹⁰ L. FASSARI, *Dm 71. Il Ministero tenta di convincere la Campania. Ma per ora De Luca non cede*, in *quotidianosanità.it*, 11 aprile 2022.

¹¹ F. PALUMBO, M.G. LA FALCE, *Tutte le criticità del "dm 71"*, in *quotidianosanità.it*, 7 marzo 2022.

all'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale (che, per propria natura, accentua il divario tra Regioni con maggiore o minore spesa storica) e alle risorse del PNRR¹².

Il diniego della Regione Campania ha così imposto al Governo la necessità di superare la mancata intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni con una delibera sostitutiva¹³, intervenuta una volta decorso inutilmente il termine di trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-Regioni in cui l'oggetto era stato posto all'ordine del giorno¹⁴.

3. Profili di merito

Già nel febbraio 2022, il Presidente della Giunta regionale Vincenzo De Luca presentava il piano di Sanità territoriale della Regione Campania, finanziato con un investimento complessivo di oltre 380 milioni di euro. Entro il 2025, secondo quanto preannunciato, sarebbero state realizzate 169 Case della Comunità, 45 Ospedali di Comunità e 58 Centrali Operative Territoriali. Il coinvolgimento delle sette aziende sanitarie locali permetteva di individuare 100 immobili da ristrutturare, a cui si sarebbero aggiunte 33 nuove costruzioni. Veniva precisato, inoltre, che sarebbe stata sviluppata una rete sanitaria «omogenea, capillare e interconnessa»¹⁵, così da garantire l'auspicabile e necessaria riduzione dei tempi di attesa, la digitalizzazione del sistema nel suo complesso e, soprattutto, la parità di accesso alle cure a tutti i residenti nella Regione.

L'atto di formale recepimento del DM 77 è rappresentato dalle «Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania», approvate nella seduta della Giunta regionale del 13 dicembre 2022 ed allegate alla delibera di Giunta n. 682, pubblicata il 15 dicembre 2022¹⁶.

Nelle dettagliate Linee guida, si prende atto di come il fulcro della nuova sanità territoriale risieda nell'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali, guardando «all'insie-

¹² Così in art. 4, dm 23 maggio 2022, n. 77.

¹³ Si tratta della delibera del Consiglio dei ministri del 21 aprile 2022, pubblicata su G.U. Serie generale, n. 102 del 3 maggio 2022.

¹⁴ Su questo specifico iter procedurale, cfr. G. CARPANI, *La Conferenza Stato-regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall'istituzione ad oggi*, Bologna, 2004, p. 90 e ss.; sul punto, in chiave critica, si v. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, cit., p. 462 e ss.; in una prospettiva più generale, si v., di recente, C. CARUSO, *Cooperare per unire. I raccordi tra Stato e Regioni come metafora del regionalismo incompiuto*, in *La Rivista del Gruppo di Pisa*, n. 1/2021, p. 283 e ss.

¹⁵ Così in *La nuova sanità territoriale*, in <http://www.regione.campania.it/regione/it/multimedia/web-tv/la-nuova-sanita-territoriale>.

¹⁶ Le *Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania in applicazione delle attività previste dal piano nazionale di ripresa e resilienza recepite dal decreto ministeriale n. 77 del 23 maggio 2022* sono state approvate ai sensi dell'art. 1, comma 2, del D.M. 77/2022. Nel maggio 2022, la Regione Campania aveva sottoscritto con il Ministero della Salute il Contratto istituzionale di sviluppo, uno degli strumenti di programmazione individuato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del PNRR (art. 56 del d. l. n. 77 del 2021).

me dei fattori che compongono la sfera di benessere della popolazione¹⁷. In considerazione dell'ampiezza e delle caratteristiche del territorio¹⁸, saranno realizzate 172 Case della Comunità, 48 Ospedali della Comunità e 65 Centrali Operative Territoriali. Inoltre, risulta previsto un ulteriore stanziamento economico per l'acquisto di grandi apparecchiature tecniche, per la digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza, urgenza e accettazione (DEA) e per il finanziamento del progetto "Ospedali sicuri e sostenibili". A completamento del quadro delineato, le Linee guida si soffermano sulla figura dell'infermiere di Famiglia o di Comunità e sulla c.d. Assistenza domiciliare integrata (ADI) per le prestazioni sia sanitarie sia sociali a basso livello di intensità, allo scopo di deflazionare la pressione ospedaliera e delle RSA. Infine, viene ragionevolmente prevista una puntuale attività di monitoraggio dello stato di avanzamento della riforma nei diversi distretti. Le maggiori criticità potrebbero manifestarsi, infatti, proprio nella fase di attuazione della riforma, anche in considerazione della disomogeneità territoriale della Regione, sia dal punto di vista della densità abitativa, sia dal punto di vista propriamente geografico (stante la presenza di aree costiere e di aree interne).

4. Profili di contesto

Non può negarsi che la riforma della sanità territoriale in Campania si scontri con una serie di criticità che, purtroppo da tempo, caratterizzano la Regione in questo ambito.

Dopo oltre dieci anni, il 24 gennaio del 2020, con DPCM 5 dicembre 2019, il Governo ha disposto la fine del commissariamento della sanità regionale, con il conseguente rientro della Regione nell'esercizio delle sue funzioni ordinarie.

Pertanto, nel 2007, la Campania ha siglato uno dei primi accordi¹⁹ per il piano di rientro²⁰, così da prevedere una serie di interventi finalizzati al recupero del disavanzo sanitario e alla necessaria riorganizzazione del SSR nel rispetto dell'erogazione dei LEA. Il piano di rientro è, infatti, uno strumento riconosciuto anche dalla giurisprudenza costituzionale

¹⁷ *Linee guida sugli interventi di riordino territoriale della Regione Campania...*, 3.

¹⁸ In Campania, con una popolazione di poco inferiore ai sei milioni di abitanti, sono presenti 73 distretti sanitari, divisi tra le 7 asl con una media di circa 80.000: Asl Avellino (7); Asl Benevento (5); Asl Caserta (11); Asl Napoli 1 centro (11); Asl Napoli 2 nord (13); Asl Napoli 3 sud (13); Asl Salerno (13).

¹⁹ L'accordo è stato siglato il 13 marzo del 2007 e poi recepito con Deliberazione della Giunta regionale n. 460 del 20 marzo del 2007. Ad oggi, risulta operativo il "Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con il DCA 6 del 17 gennaio 2020 e recepito con DGR 19 del 18 gennaio 2020.

²⁰ Disciplinato, per la prima volta, dall'art. 1, comma 180, della l. n. 311 del 2004. Sui piani di rientro dai disavanzi sanitari, cfr. T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista Aic*, n. 4/2013; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *federalismi.it*, n. 23/2014.

quale principio fondamentale del coordinamento della finanza pubblica²¹, sullo sfondo del quale si pone la dirimente questione del giusto punto di equilibrio tra esigenza di rispettare i limiti delle risorse disponibili e garanzia del contenuto essenziale del diritto alla salute²², nella specifica veste di diritto sociale a prestazioni²³.

Per ciò che attiene alla garanzia dei LEA, monitorati attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)²⁴ per l'anno 2021, occorre evidenziare che la Regione Campania ottiene un punteggio superiore a 60 (soglia di sufficienza) con riferimento all'area «prevenzione collettiva e sanità pubblica» e per quella «ospedaliera»; proprio con riferimento all'area «distrettuale», invece, si registrano le maggiori criticità, riscontrandosi un punteggio pari a 57,52, che, secondo l'intervallo di riferimento, risulta sotto la soglia di adempienza²⁵. In ogni caso, si registra un lieve miglioramento nella tutela dei LEA rispetto all'attività di monitoraggio compiuta nell'anno antecedente (2020), allorquando anche il livello di garanzia riferibile all'area «ospedaliera» si era rivelato insufficiente.

Da ultimo, un ulteriore indicatore per la valutazione dello stato della sanità in Campania potrebbe essere rappresentato dagli indici legati alla mobilità sanitaria, ossia a quel processo di migrazione delle persone che decidono di avvalersi di prestazioni sanitarie presso strutture situate al di fuori dell'area di competenza della propria ASL²⁶. Guardando all'ultimo report sul tema²⁷, la Campania ha un saldo negativo tra “indice di attrazione” e “indice fuga” pari a 222.902.505 euro, classificandosi all'ultimo posto tra le Regioni, tutte del centro-sud, che presentano un saldo negativo rilevante (oltre meno 100.000.000 euro). Queste considerazioni di contesto impongono al legislatore, statale e regionale, di compiere lo sforzo di calare le innovazioni della nuova sanità territoriale nel modello regionale considerato, con le sue criticità manifeste e le sue potenzialità inesprese. L'occasione è unica, una sfida da non perdere: il superamento dei divari regionali nell'erogazione dei servizi sanitari, nella direzione del raggiungimento di quel «riequilibrio territoriale», che costituisce una priorità trasversale del PNRR²⁸.

²¹ Tra le ultime, cfr. Corte costituzionale, sent. n. 190 del 2022.

²² Sulla nozione di diritti finanziariamente condizionati, cfr., tra i primi, F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, p. 30.

²³ Sul punto, cfr., *ex multis*, B. CARAVITA, *Oltre l'eguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma 2 della Costituzione*, Padova, 1984, p. 77 e ss.; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, in *Digesto*, Torino, 2012, p. 26 e ss.

²⁴ Introdotto con il dm del 12 marzo del 2019.

²⁵ In Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio 6, *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia, DM 12 marzo 2019, Metodologia e risultati dell'anno 2021*, maggio 2023.

²⁶ Sulla mobilità sanitaria, quale indicatore indiretto di qualità, cfr. N. POSTERARO, *La compensazione e i rimborsi nella mobilità sanitaria interregionale e transfrontaliera*, in *Il diritto dell'economia*, n. 3/2018; nonché, si v. A. PITTINO, *La mobilità sanitaria*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 363 e ss.

²⁷ Ci si riferisce al *Report Osservatorio Gimbe 2/2023. La mobilità sanitaria interregionale nel 2020*, in https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2023.02_Mobilita_sanitaria_2020.pdf, marzo 2023.

²⁸ Con specifico riferimento a PNRR e asimmetrie territoriali, si v. S. STAIANO, *Il Piano nazionale di ripresa e resilienza guardato da Sud*, in *federalismi.it*, n. 14/2021.