

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna\*

Claudia Tubertini\*\*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

**SOMMARIO:** 1. Il nuovo welfare comunitario al centro della strategia del PNRR. – 2. La situazione dell’Emilia-Romagna alle soglie dell’attuazione del PNRR. – 3. Il percorso di attuazione: dalle case della salute alle case di comunità. – 4. La revisione del PNRR: quale impatto sull’assistenza territoriale emiliano-romagnola?

### 1. Il nuovo welfare comunitario al centro della strategia del PNRR

Con l’approvazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza il nostro ordinamento si è dato, tra gli altri, l’impegnativo obiettivo di realizzare una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare comunitario*. La realizzazione di questo obiettivo implica, evidentemente, un assetto politico-istituzionale che, assumendo i principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale a fondamento dell’agire sociale, vede lo Stato farsi promotore e realizzatore di rapporti col-

---

\* 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”.

\*\* Professoressa associata di Diritto amministrativo nell’Università di Bologna.

laborativi con cittadini singoli e associati nel perseguimento dell'interesse generale; ma vi è di più. Esso suppone un deciso favore verso il superamento definitivo della dicotomia tra sociale e sanitario, che tanto ha condizionato, sin dall'origine, l'organizzazione dell'assistenza territoriale e limitato la sua capacità di assicurare un livello di benessere adeguato alla moderna concezione della salute non più solo come assenza di malattia. Non è un caso, dunque, che il PNRR abbia assunto come emblema della nuova sanità territoriale due modelli organizzativi da realizzare su tutto il territorio nazionale – la “casa” e l’“ospedale” –, che già recano nella loro definizione il termine “comunità”, alla cui realizzazione il Piano collega il superamento della frammentazione e della mancanza di omogeneità dell'assistenza territoriale, vero e proprio nervo scoperto del nostro sistema sanitario pubblico<sup>1</sup>.

Si tratta, come è noto, di modelli non del tutto nuovi: basi pensare alle case della salute, previste in via sperimentale già dal 2007 tramite un apposito finanziamento ministeriale, e sin dall'origine concepite, secondo la definizione data dalle linee guida ministeriali, come «strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni sociosanitarie integrate ai cittadini», e in particolare le cure primarie prestate dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta, 7 giorni su 7 e per le 24 ore, attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale (MCA) e di emergenza territoriale (MET), la specialistica ambulatoriale, gli ambulatori infermieristici e per piccole urgenze, i servizi riabilitativi e di prevenzione. Già in quella sede era stato previsto uno sportello unico di accesso per la presa in carico del paziente attraverso l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale. Quanto agli Ospedali di Comunità, anch'essi erano già contemplati nel D.M. 2 aprile 2015 n. 7017 (all. 1. paragrafo 10), anche se solo nel 2020 è stata sancita l'intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni nella quale hanno trovato definizione i relativi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione al loro esercizio. Sempre durante la pandemia, il decreto-legge 34/2020 ha poi avviato una ulteriore sperimentazione biennale volta alla costituzione di “strutture di prossimità” (non necessariamente luoghi fisici) «programmate con una strategia che prevede l'integrazione degli aspetti sanitari e assistenziali con quelli sociali, compresi quelli abitativi, educativi, produttivi e culturali per sviluppare un sistema di welfare di comunità efficace e condiviso, basato sulla reciprocità e sul riconoscimento della complessità dei bisogni delle persone»<sup>2</sup>.

Non è un caso, quindi, che nel PNRR la costruzione della nuova strategia sanitaria faccia perno proprio sulla Casa della Comunità, definita come struttura fisica, facilmente individuabile dai cittadini, nella quale sarà presente un «team multidisciplinare di Medici di Me-

<sup>1</sup> Sul tema della differenziazione dei modelli organizzativi in sanità, mi sia permesso il rinvio a C. TUBERTINI, *Il servizio pubblico sanitario: La differenziazione possibile, praticata, rivendicata*, in *Munus*, 2023, p. 115 ss., ed ai riferimenti bibliografici ivi citati.

<sup>2</sup> Sul collegamento tra questo modello organizzativo e le previsioni del PNRR, E. ROSSI, *Le “Case della comunità” del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Questa Rivista*, 2, 2021.

dicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute, e configurata come punto di accesso alle prestazioni sanitarie; tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari), nonché la presenza di servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari.

Con tale definizione, evidentemente, è stata fatta una scelta di favore rispetto al modello della casa della salute come luogo fisico, unico, di offerta e la necessità di apertura oraria che garantisca la risposta assistenziale, già praticato nelle case della salute dell'Emilia Romagna, oltre che in quelle di Toscana, Marche e Lazio; ma si è tenuto conto anche di esperienze, come quelle dei Presidi Territoriali di Assistenza (Puglia e Sicilia), che già univano elementi di offerta e di integrazione funzionale. D'altro lato, si è voluto imprimere una accelerazione al basilare principio dell'integrazione tra sociale e sanitario, ancora non pienamente realizzata anche nelle realtà dove il modello "casa della salute" è stato praticato con maggiore convinzione<sup>3</sup>.

L'Allegato 2 al D.M. 77/2022 ha dato seguito a questa descrizione prevedendo che in ciascuna Case delle Comunità debba essere obbligatoriamente presente l'integrazione con i servizi sociali. Sicuramente un elemento significativo, su questo versante, è la previsione in ciascun Punto Unico di Accesso di equipe integrate composte da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, con il compito di assicurare la funzionalità dell'unità di valutazione multidimensionale, anche al fine di individuare il carico assistenziale necessario a consentire alla persona in condizioni di non autosufficienza di poter vivere nel proprio contesto domiciliare e sociale. La funzione cardine delle Case della Comunità è quindi costituita dall'erogazione di servizi dedicati gli anziani non autosufficienti, ulteriori rispetto al piano di zona, che dovranno essere definiti dai Comuni d'intesa con le aziende sanitarie; restano invece opzionali alcuni servizi a forte interazione sociosanitaria, come quelli rivolti alla salute mentale, alle dipendenze patologiche, alla neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, nonché le attività consultoriali e quelle rivolte ai minori. Alle Regioni è quindi lasciato un importante margine di scelta, specie sull'intensità dell'integrazione dei servizi sociali, frutto della necessaria flessibilità che si è dovuto assicurare loro, stante la diversità dei modelli organizzativi di partenza sui quali il Decreto è destinato a calare, sia pure con omogeneità di fondo che si intende assicurare anche attraverso l'intervento di supporto e monitoraggio dell'Agenas. Rilevante, sotto questo profilo, è l'approvazione da parte dell'Agenzia del "Documento di indirizzo per il metaprogetto della casa di Comunità", il cui fine ultimo è proprio quello di garantire linee di intervento condivise e l'adozio-

<sup>3</sup> Su punto si vedano le conclusioni dello studio del CREA, *Case della Salute e Presidi Territoriali di Assistenza. Lo stato dell'arte*, 23 marzo 2020.

ne di un linguaggio uniforme, per una facile identificazione del servizio<sup>4</sup>, ed il ruolo di monitoraggio che ad essa è stato affidato circa l'attuazione del decreto.

## 2. La situazione dell'Emilia-Romagna alle soglie dell'attuazione del PNRR

L'Emilia-Romagna ha una popolazione di circa 4.458.000 abitanti, stabile da quasi un decennio: dopo una fase di incremento a partire dai primi anni 2000, dal 2013 il numero di residenti è sostanzialmente stazionario a poco meno di 4.500.000 persone. Da segnalare anche il progressivo incremento della popolazione straniera, passata da circa l'8,5% del 2010 al 12,8% nel 2022, di quasi 4 punti percentuali superiore alla media nazionale.

Quasi il 24% della popolazione ha una età superiore ai 65 anni, in incremento rispetto al 21,9% del 2015; tale proporzione varia nelle Province: dal 22% a Reggio Emilia ad oltre il 28% a Ferrara. In incremento la popolazione affetta da patologie croniche (in incremento dal 45,6% del 2015 al 47,8% del 2021), ma soprattutto della popolazione affetta da almeno 2 patologie croniche. Dal 2015 si registra un aumento anche della popolazione in carico ai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia, salute mentale e dipendenze patologiche: gli utenti in carico ai servizi sono infatti cresciuti del 20% (NPIA), del 7,5% (dipendenze patologiche) e del 2,8% (salute mentale).

Anche per far fronte a questo costante incremento della popolazione anziana, la Regione Emilia Romagna è quella che più di tutte ha scommesso sul modello della Casa della salute: già nel 2020 ne risultavano ben 124, il più alto di tutt'Italia<sup>5</sup>. La delibera della Giunta Regionale n. 291/2010, a cui ha fatto seguito la delibera n. 2128/2016, definivano già la Casa della salute come una struttura «facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione, dove trovare risposta alla maggior parte dei bisogni, attraverso la garanzia dell'accesso all'erogazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e socio-assistenziale in integrazione con i professionisti dell'ambito sociale»: un centro, quindi, il cui valore aggiunto è costituito dall'integrazione e dal coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, improntato alla concretizzazione della medicina d'iniziativa, attraverso la partecipazione della comunità.

Nel 2020, l'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha redatto un Dossier (n. 269/2020) recante la "Valutazione di impatto delle Case della salute su indicatori di cura, 2009-2019": è stato riscontrato «un effetto significativo e costante delle Case della salute sull'accesso al

<sup>4</sup> AGENAS, in collaborazione con il Dipartimento di Architettura, ambiente costruito e ingegneria delle costruzioni (ABC), Design & Health Lab del Politecnico di Milano, Quaderno di *Monitor*, Agosto 2022.

<sup>5</sup> Sulle profonde differenziazioni nella diffusione delle Case della Salute nei diversi contesti regionali, Camera dei Deputati, Servizio Studi - Affari sociali, *Casa della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1° marzo 2021.

Pronto soccorso (-16.1%) e un effetto altrettanto significativo – ma meno rilevante e diffuso (-2,4%) – sull’ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale e sugli episodi di cura trattati in assistenza domiciliare (+9,5%)». Per quanto riguarda l’utilizzo del Pronto Soccorso e i ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale, è stato rilevato «un effetto più consistente nei pazienti assistiti da Medici di Medicina Generale che svolgono la loro attività parzialmente o completamente all’interno della Casa della salute». Tuttavia, la stessa valutazione ha evidenziato come elemento di criticità «un’ampia variabilità negli effetti tra territori e Case della salute», per una serie di fattori tra cui la facilità di accesso al pronto soccorso in alcuni dei contesti urbani appena menzionati, e le peculiarità dei modelli organizzativi adottati a livello locale. Nonostante una serie di sperimentazioni interessanti, insomma, anche in Emilia-Romagna le case della salute non sono riuscite ancora riunificare in una sola sede i medici di medicina generale, ad eliminare la distanza fra l’ambito sociale e quello sanitario, né soprattutto a garantire, salvo eccezioni, una partecipazione civica continuativa, presentandosi piuttosto come punti di aggregazione dell’offerta di servizi sanitari<sup>6</sup>.

Da questi elementi di criticità la regione è partita nell’attuazione del PNRR, concentrando i propri sforzi sulla riqualificazione delle case della salute e sulla loro ulteriore diffusione, con l’obiettivo di giungere a 185 Case di Comunità, e sul raggiungimento dei 900 posti letto negli Ospedali di Comunità (Osco), che oggi sono 436. Non si tratta dell’unico obiettivo che la Regione si è posta, intendendosi anche rafforzare l’assistenza domiciliare per gli over 65, garantendo la copertura di oltre il 10% di questa fascia di popolazione e la risposta assistenziale nelle 24 ore; potenziare gli hospice, cioè le strutture per l’assistenza di fine vita, passando da 312 posti attuali (7 ogni 100.000 abitanti) a 450 entro il 2026; generalizzare la figura dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), per garantire una presenza continuativa nel territorio di riferimento facilitando la presa in carico, la continuità dell’assistenza, l’integrazione e la collaborazione tra le figure professionali e i servizi sociosanitari. Infine, tra le altre novità vi è l’impegno all’istituzione, entro il 2024, di 45 Centrali Operative Territoriali per facilitare l’interrelazione/raccordo tra i servizi e tra i professionisti coinvolti nei diversi contesti assistenziali di cui si avvale o necessita il cittadino, in particolare per facilitare le dimissioni protette dall’ospedale al domicilio<sup>7</sup>.

Secondo gli intendimenti della Regione, il passaggio da casa della salute a casa di comunità implica una concezione di comunità non solo destinataria di servizi, ma parte attiva nella valorizzazione delle competenze e delle opportunità di salute e nel rafforzamento della coesione sociale presenti all’interno della comunità stessa, disegnando nuove soluzioni di

<sup>6</sup> Sul punto si v. M. INGROSSO, *La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/2023, sec. p. 21 ss.

<sup>7</sup> Per un quadro dettagliato degli impegni assunti dalla Regione nell’ambito del Contratto Istituzionale di Sviluppo, anche in raffronto con quello di altre Regioni, si veda Camera dei Deputati, Servizio studi – Affari Sociali, *I presidi dell’assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR*, 20/3/2023.

servizio, contribuendo a costruire e organizzare interventi al fine di migliorare qualità della vita e del territorio e rimettendo al centro dei propri valori, le relazioni e la condivisione. La partecipazione e la responsabilizzazione dei cittadini in processi di sviluppo di salute dovranno, quindi, trovare sintesi nelle Case della Comunità sia nella valorizzazione della partecipazione dei singoli cittadini per la gestione e promozione della salute come individui, sia nella partecipazione dei soggetti del terzo settore quali promotori e realizzatori di attività sviluppate anche attraverso le opportunità di coprogettazione sviluppate a livello distrettuale.

Si tratta in sostanza di un programma ambizioso, la cui attuazione, tuttavia, si colloca in un contesto finanziario sempre più critico per la sanità regionale. Anche nel 2022, per il terzo anno consecutivo, la Regione ha dovuto fronteggiare l'esorbitante aumento dei costi dovuti al Covid, ai rincari dell'energia e dei prezzi, coprendo i mancati trasferimenti nazionali tramite l'utilizzo dell'avanzo vincolato; e le previsioni per l'anno prossimo non sono migliori. Se l'emergenza pandemica doveva rappresentare uno spartiacque e l'uscita dal Covid l'occasione di un grande rilancio del Servizio sanitario nazionale – il rapporto tra spesa sanitaria e Pil aveva superato la soglia del 7% e determinato la risposta eccezionale del PNRR, con 19 miliardi destinati proprio agli investimenti in Sanità – essa rischia ora di essere archiviata solo come una parentesi. In questo quadro, appare difficile immaginare, tra l'altro, che la Regione possa superare la propria carenza strutturale di personale medico e sanitario, dovuto ad una programmazione largamente sottostimata nel tempo.

### 3. Il percorso di attuazione: dalle case della salute alle case di comunità

La Regione Emilia-Romagna ha adottato nel dicembre 2022 una prima delibera<sup>8</sup>, destinata ad essere modificata e specificata a seguito degli esiti del percorso di riflessione, confronto e condivisione sulle prospettive di sviluppo per la sanità ed il welfare emiliano-romagnolo che la Regione, a partire dal mese di novembre 2022, ha organizzato con le Aziende Sanitarie e con tutti gli stakeholder (Stati Generali della Comunità). In essa si delineano gli assi portanti dell'organizzazione territoriale emiliano romagnolo, che appaiono confermati nelle loro linee essenziali. Oltre al livello regionale, che gioca naturalmente un ruolo strategico nelle linee di indirizzo dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari, esistono due livelli istituzionali sovraordinati alla Casa della Comunità che ne definiscono le funzioni, gli assetti, le risorse: la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, composta dai Sindaci di ambito provinciale o metropolitano (CTSS, CTSSM) ed i Comitati di Distretto (CdD); in

<sup>8</sup> Dgr 12 Dicembre 2022, n. 2221, Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022.



tali ambiti l'Azienda Sanitaria e i Distretti condividono il piano di sviluppo delle Case della Comunità a livello, rispettivamente, provinciale/metropolitano e distrettuale. Viene quindi confermata la *governance* pubblica, a partire dalla programmazione, al fine di garantire l'equità nell'accesso dei servizi e il controllo dei livelli di qualità. Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) garante dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, del rispetto dei parametri dell'accreditamento sanitario e socio-sanitario, e della committenza, una funzione alla quale partecipano, per la rilevazione dei bisogni, la programmazione dei servizi e la valutazione dei risultati, l'AUSL, attraverso il Direttore di Distretto, i Comuni o le Unioni di Comuni e le comunità locali<sup>9</sup>. È al Distretto, in sostanza, che viene affidato l'impegnativo compito di realizzare partnership generative ("patti per la salute") per l'avvio, il consolidamento e l'implementazione di progettualità orientate all'integrazione delle politiche di welfare, di salute, di sostenibilità ambientale, educative, lavorative, nella logica di azione ispirata alla "salute in tutte le politiche" e "*One Health*". L'obiettivo finale è rafforzare il senso di affiliazione dei cittadini nei confronti della Casa della Comunità di riferimento, facendone un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti. A questo scopo, al Distretto è affidata la promozione della co-progettazione e dell'effettiva partecipazione della comunità ai processi di cura anche attraverso la collaborazione con i Comitati Consultivi Misti presenti in ciascuna azienda. In questa accezione, la Casa di Comunità-modello Emilia-Romagna include l'insieme delle prestazioni e delle attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute della comunità nel suo territorio di riferimento, sia erogati direttamente dal Servizio sanitario, che erogati da altri attori come Enti Locali, privati accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato.

L'attuazione di questo ambizioso percorso trasformativo delle strutture di base in strutture comunitarie, nell'accezione sopra detta, presuppone anzitutto un percorso di riorganizzazione e adeguamento delle strutture esistenti per soddisfare i criteri richiesti. Si è quindi partiti da una analisi volta a verificare il grado di corrispondenza della assistenza territoriale con quanto previsto dal DM 77/2022, in caso negativo, ipotizzata una tempistica di adeguamento alla luce anche dei finanziamenti programmati con il PNRR. Per facilitare il confronto sistematico con le singole Aziende, al termine di ogni incontro è stato chiesto alle Aziende di individuare un referente trasversale rispetto alle diverse tematiche: compiti del referente aziendale, oltre a costituire un punto di riferimento per il Servizio Assistenza Territoriale, sono il monitoraggio dello stato di avanzamento della riorganizzazione, la raccolta dei dati e dei documenti. Anche a livello regionale è stato individuato un refe-

<sup>9</sup> Attualmente l'Emilia-Romagna è articolata in 38 Distretti, con una popolazione compresa tra circa 30.000-40.000 abitanti nei Distretti della montagna, caratterizzati da scarsa densità abitativa e difficoltà di collegamento, e circa 200.000-250.000 abitanti nei Distretti corrispondenti ai principali capoluoghi di provincia fino a raggiungere i quasi 400.000 abitanti in area metropolitana. Circa la metà dei Distretti regionali è caratterizzata dalla presenza di Unioni della stessa estensione, patrimonio peculiare dell'Emilia-Romagna, nel panorama nazionale.

rente al quale è stato affidato il monitoraggio periodico dello stato di avanzamento della programmazione. Il monitoraggio delle attività e del livello di riorganizzazione dell'assistenza territoriale può contare, a livello regionale, su un sistema informativo regionale che consente di rilevare tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, un data base (cd "Albero delle strutture") per le case della comunità, nonché, in aggiunta ai flussi che tradizionalmente monitorano l'assistenza sanitaria (SDO, assistenza specialistica ambulatoriale, accessi al Pronto Soccorso), alcuni flussi di attività specifici per l'assistenza territoriale.

Accanto alla riorganizzazione delle case della salute esistenti, è prevista, come detto, la realizzazione di nuove case di Comunità. L'esame dei primi due progetti avviati – collocati rispettivamente a Bologna ed a Reggio Emilia – risulta emblematico dei tratti distintivi delle Case di Comunità rispetto alle preesistenti Case della Salute. In entrambe si prevede, anzitutto, l'avvio di un percorso di co-progettazione in attuazione del Codice del Terzo Settore, basato su una forte integrazione dei servizi anche sociali e culturali: nella sede della casa di comunità sarà infatti collocata anche la biblioteca. In particolare, la Casa della comunità EST di Reggio Emilia sorgerà in un' area messa a disposizione dal Comune in una porzione dell'ampio lotto un tempo occupato dalla Casa di riposo comunale, e comprenderà i servizi sanitari territoriali dell'Ausl con la collocazione della Casa della salute, i servizi sociali territoriali con la nuova sede del Polo sociale Est e i servizi bibliotecari del Comune, con la nuova sede della Biblioteca decentrata di Ospizio. In questo contesto, Salute e Welfare sono quindi intesi non solo come erogazione di servizi, ma di dialogo, collaborazione e benessere, fondato su un forte coinvolgimento delle istituzioni locali. A Bologna, invece, attraverso il protocollo d'intesa siglato tra Comune e Ausl a gennaio 2023, è partito l'iter verso la costruzione della nuova Casa della Comunità Savena Santo Stefano. Il protocollo prevede, dopo la cessione a titolo gratuito dell'area comunale che è stata già approvata nella stessa seduta di Giunta con una variazione del Piano delle alienazioni, la demolizione a spese e cura del Comune dell'edificio esistente, la ricostruzione a spese di Ausl della parte di edificio che contiene le funzioni sanitarie, con la cessione del terreno residuo al Comune per collocarvi la parte di edificio che conterrà le funzioni sociali e culturali. L'attuale centro civico, che risulta obsoleto rispetto alle attuali normative antisismiche, di sostenibilità energetica e di accessibilità, sarà dunque demolito per lasciare il posto alla nuova struttura, che vedrà per la prima volta a Bologna l'integrazione in un unico polo delle funzioni sanitarie con quelle sociali, e culturali ed educative. Il polo sarà una delle nuove centralità della città e si andrà a comporre di due strutture strettamente connesse e integrate tra loro: l'edificio che conterrà le funzioni socio-sanitarie (per il quale risulta già conclusa la fase di progettazione definitiva da parte di AUSL), e l'edificio che conterrà le funzioni socio-culturali, che ospiterà una nuova Biblioteca. L'avvio del concorso di progettazione di questo edificio è stato anticipato da un percorso di ascolto con il territorio, con l'obiettivo di produrre un documento che da allegare alla documentazione del concorso di progettazione. Il documento servirà ad ampliare il quadro conoscitivo complessivo dell'area e i bisogni dei cittadini e dei portatori di interesse rispetto al contesto più ampio dell'intervento, nonché a raccogliere indicazioni utili a definire maggiormente usi e fun-



zioni specifiche del nuovo edificio e degli spazi esterni direttamente collegati. Anche in tal caso, quindi, l'aspetto comunitario emerge in tutta la sua nitidezza, valorizzando l'apporto della città-comunità e delle sue istituzioni, accanto alle tradizionali istituzioni preposte ai servizi sanitari<sup>10</sup>.

#### 4. La revisione del PNRR: quale impatto sull'assistenza territoriale emiliano-romagnola?

Secondo l'ultimo monitoraggio effettuato dall'Agenas sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale, riguardante il semestre gennaio 2023- giugno 2023, la Regione Emilia-Romagna risulta aver 43 Case di Comunità con alcuni servizi previsti dal D.M. 77/2022 già attivi, a fronte delle 85 Case di Comunità<sup>11</sup> previste nel Piano Operativo Regionale (POR) allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) nell'ambito del PNRR e delle 7 supportate da altre fonti di finanziamento, da attivare entro il 2026. Si tratta di un risultato importante, soprattutto se confrontato con il generale, grave ritardo nell'attuazione che caratterizza gran parte delle Regioni, già evidenziato anche nella Relazione sullo stato di attuazione del PNRR presentata dal Governo al Parlamento nel mese di giugno scorso e riferito al secondo semestre 2022. È sulla base di questi risultati che il Governo ha inserito nella proposta di revisione del PNRR, presentata alla Commissione Europea nello scorso mese di luglio, anche la richiesta di rimodulazione, in senso fortemente riduttivo, del numero complessivo di Case e di Ospedali di Comunità da realizzare entro il 2026 (da 1350 a 936 interventi)<sup>12</sup>. Ad essere stralciate dal PNRR sarebbero, soprattutto, le case di comunità di nuova realizzazione, che per la Regione Emilia-Romagna sono 24; secondo lo stesso criterio, anche gli ospedali di comunità da realizzare con le risorse PNRR verrebbero circoscritti a quelli da ristrutturare, che non presentano difficoltà realizzative. Tale richiesta, tuttora in corso di valutazione<sup>13</sup>, è stata giustificata dal Governo in base al rialzo delle materie prime ed energetiche. Vero è che il Governo ha assicurato che le modifiche proposte "mirano a preservare l'ambizione

<sup>10</sup> Sull'importanza del coinvolgimento delle comunità, e dei comuni che ne costituiscono l'ente esponenziale, nella realizzazione delle nuove Case di Comunità, F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, n. 1/2022, p. 408 ss.

<sup>11</sup> Ai fini della rilevazione Agenas, le Regioni e le Province Autonome hanno valutato autonomamente l'attribuzione ad una struttura della denominazione di "Casa della Comunità" con un atto formale che la identifichi come tale, in base agli standard del DM 77 che essa progressivamente acquisisce e alle funzioni effettivamente esercitate.

<sup>12</sup> Ministro per gli affari europei, i Sud, le Politiche di Coesione e il PNRR, *Proposte per la revisione del PNRR e capitolo Repower EU*, 27 luglio 2023.

<sup>13</sup> La decisione del Consiglio UE del 12 settembre 2023, mirato alla modifica di dieci scadenze del primo semestre del 2023, ha riguardato infatti altre missioni e componenti del PNRR.

della Missione Salute e a realizzare appieno quanto previsto dal D.M. 77/2022, rendendo le strutture territoriali pienamente funzionanti e operative anche attraverso l'integrazione tra le figure professionali e la dotazione di attrezzature e tecnologie innovative e sostenibili da punto di vista energetico". È altrettanto vero, tuttavia, che l'impegno a garantire l'attuazione del programma originario tramite altre fonti di finanziamento, quali il programma di investimenti in edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico *ex art.* 20 della l. 67/1988, rischia di essere inattuabile senza un adeguato incremento della sua dotazione, considerato che molte Regioni hanno già programmato tutte le risorse sin qui disponibili per l'ammodernamento delle strutture ospedaliere. Non risulta, al momento, aver avuto seguito la richiesta delle Regioni essere coinvolte, sia pure *ex post*, nel processo di riallineamento dei progetti già avviati e di quelli a rischio di stralcio con le progettualità e le programmazioni regionali in essere, così da definire di concerto con lo Stato gli interventi da sostenere con i (rifiutati) fondi *ex art.* 20<sup>14</sup>.

In questo quadro non è superfluo rammentare che le risorse messe in campo dal PNRR riguardano comunque solo gli investimenti infrastrutturali: le spese per il personale che dovrà gestire e rendere operative le nuove strutture sanitarie fanno invece parte delle spese correnti, e devono quindi essere autorizzate al di fuori delle risorse PNRR. Proprio l'incertezza sull'ammontare delle risorse per l'incremento del personale SSN da impiegare nelle strutture previste per l'assistenza territoriale dal PNRR, del resto, era stata la causa della mancata intesa delle Regioni (dovuta alla contrarietà formalmente espressa dalla Regione Campania) sullo schema del decreto, poi approvato, sugli standard per l'assistenza territoriale<sup>15</sup>. E nonostante le dichiarazioni programmatiche sugli stanziamenti 2024-2026 da destinare al personale del Ssn, la Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2023 non fa alcun cenno alla graduale abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario, priorità assoluta per rilanciare le politiche del capitale umano, ed il Governo preannuncia un taglio delle risorse destinate al servizio sanitario nazionale dal 6,6% a 6,1% che non potrà che riversarsi anche sulla spesa per il personale. Si tratta di problemi comuni a tutti i sistemi sanitari regionali, che rischiano, tuttavia, di avere un impatto particolarmente significativo per quelle Regioni, come l'Emilia-Romagna, che hanno già una rete diffusa di Case di Comunità e che devono garantire il rispetto degli standard di servizio, anche in riferimento al personale da impiegare nelle diverse strutture, previsti a livello nazionale. Anche per sensibilizzare l'opinione pubblica sull'inadeguatezza del finanziamento complessivo della sanità, la stessa Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna si è fatta promotrice di una proposta di legge alle Camere volta a introdurre l'incremento del

<sup>14</sup> Sul punto si vedano le considerazioni e le richieste formulate dalla Conferenza delle Regioni, *Valutazioni in ordine alla proposta di revisione del PNRR e REPOWER-EU*, documento presentato nell'ambito della Cabina di Regia PNRR del 27 luglio 2023.

<sup>15</sup> Sulle ragioni e le implicazioni della mancata intesa, si v. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in «Corti supreme e salute», 2/2022, pp. 461 ss.

finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, a cui concorre lo Stato, su base annua dello 0,21% del prodotto interno lordo dal 2023 al 2027, fino a raggiungere una percentuale di finanziamento annuale non inferiore al 7,5% del PIL; a superare per le Regioni i vincoli di spesa per il personale degli Enti del Servizio sanitario nazionale imposti dalla legge nazionale, ed i vincoli al riconoscimento al personale del trattamento accessorio.

A commento di questo difficile scenario, non può che osservarsi che, senza uno sforzo complessivo da parte dello Stato di accompagnamento degli investimenti infrastrutturali con finanziamenti di parte corrente, anche le Regioni – come l’Emilia-Romagna – che in questi anni hanno impiegato il massimo sforzo per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza<sup>16</sup> rischiano di dover ridimensionare, se non rinviare, la risoluzione dei problemi strutturali (in termini, soprattutto, di disequilibri nella distribuzione territoriale e di differente “resa” delle case della salute, come si è visto) di cui pure soffre il proprio sistema territoriale di offerta sanitaria. Sarebbe davvero un’occasione mancata per restituire al territorio quella centralità troppo spesso dimenticata nell’adozione delle misure di attuazione del diritto alla salute<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Cfr. il Report Osservatorio GIMBE 2/2022, *Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità*, secondo il quale l’Emilia-Romagna negli anni 2010-2019 ha assicurato il 93,4 per cento degli adempimenti richiesti ai fini del soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza, in base agli indicatori applicati a livello nazionale (cd. Griglia LEA).

<sup>17</sup> Sulla riforma dell’assistenza territoriale come strumento di rilancio del SSN, sia pur in un quadro fortemente critico, S. NERI, *Il Servizio Sanitario Nazionale e la riforma dell’assistenza territoriale: tra collasso e rilancio*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1/2023, p. 3 ss.

