

L'assistenza sanitaria territoriale: una sfida per il Servizio sanitario nazionale

1. Introduzione e sintesi

La prima componente della Missione 6, dedicata alla salute, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), definita “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”, prevede investimenti per 7 miliardi, incrementati di 500 milioni con un contributo del Fondo complementare (FoC; tab. 1)¹. Nell'ambito di questa componente è contemplata la riforma volta a individuare un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale, con la determinazione dei relativi standard strutturali, tecnologici e organizzativi, da affiancare a quelli, da tempo definiti, dell'assistenza ospedaliera². Inoltre, la riforma riguarda l'introduzione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, al cui finanziamento è diretto l'apporto del Fondo complementare. Il presente Focus è

volto a esaminare criticamente questo importante tentativo di riorganizzare l'assistenza sanitaria non ospedaliera, approfondendo le ragioni degli interventi programmati e illustrando i passi compiuti sinora per attuare il PNRR.

Gli investimenti relativi all'assistenza territoriale da finanziare con il PNRR si sviluppano su tre diversi livelli di trattamento, da coordinare in un approccio integrato:

- 1) le *Case della comunità*, che rappresentano il punto di accoglienza dell'assistito, con il compito di indirizzarlo verso i servizi di assistenza sanitaria primaria, socio-sanitaria e sociale, oltre che di curare la promozione della salute e assicurare la presa in carico dei pazienti cronici, attraverso équipe multi-professionali;

¹ Il quadro finanziario generale del PNRR con riferimento alla sanità è stato ricostruito in un precedente Focus dell'Ufficio parlamentare di bilancio (2022a).

² Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 aprile 2015.

Tab. 1 – Contenuti e risorse finanziarie della Componente 1 della Missione 6 del PNRR (1)

Tipologia	Misura PNRR	Risorse PNRR (milioni di euro) (a)	Risorse FoC (milioni di euro) (b)	Risorse complessive (milioni di euro) (a+b)	Milestone / Target PNRR	Descrizione sintetica	Indicatori qualitativi PNRR (milestone)	Indicatori quantitativi PNRR (target)	Scadenze
Riforma	Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale				Milestone	Entrata in vigore del diritto derivato (DM) su 1) definizione nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale (standard strutturali, tecnologici e organizzativi); 2) definizione nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico	Disposizione del decreto che indica l'entrata in vigore della normativa		T2-2022
Investimento	1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona	2.000	0	2.000	Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica dell'approvazione da parte del MdS e delle Regioni		T2-2022
					Target	Case della comunità disponibili e dotate di attrezzature tecnologiche		1.350	T2-2026
Investimento	1.2. Casa come primo luogo di cura e telemedicina	4.000	0	4.000	Milestone	Approvazione delle linee guida contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare	Linee guida approvate dal MdS		T2-2022
					Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica del contratto approvato		T2-2022
Sub-investimento	1.2.1 Casa come primo luogo di cura (assistenza domiciliare)	2.720	0	2.720	Target	Nuovi pazienti presi in carico (per arrivare al 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, 1,5 milioni di assistiti nel 2026)		800.000	T2-2026
Sub-investimento	1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT)	280	0	280	Target	Centrali operative (1 ogni 100.000 abitanti) pienamente funzionanti		600	T2-2024
Sub-investimento	1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici	1.000	0	1.000	Target	Almeno un progetto per Regione (compresi quelli nell'ambito di consorzi tra Regioni)		20	T4-2023
					Target	Numero di persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina		200.000	T4-2025
Investimento	1.3. Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di comunità)	1.000	0	1.000	Milestone	Approvazione di un contratto istituzionale di sviluppo	Notifica dell'approvazione del contratto		T2-2022
					Target	Ospedali di comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche		400	T2-2026
Investimento	Salute, ambiente, biodiversità e clima	0	500	500		Rafforzamento strutture e servizi di SNPS-SNPA (1); programmi operativi pilota per 2 siti contaminati; programma nazionale di formazione continua; promozione e finanziamento di ricerca applicata; piattaforma di rete digitale nazionale SNPA-SNPS			-
Totale		7.000	500	7.500					

Fonte: Quadro PNRR e Piano complementare (aggiornato al 30.09.21) e “Allegato riveduto della Decisione di esecuzione del consiglio relativa all’approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell’Italia” (questi due documenti sono disponibili sul sito di Italia Domani); Allegato 1 al decreto del Ministro dell’Economia e delle finanze del 15 luglio 2021, adottato in attuazione dell’art. 1, comma 7, del DL 59/2021.

(1) SNPS-SNPA è l’acronimo per Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici – Sistema nazionale per la protezione dell’ambiente.

potranno discendere dall'aggregazione di servizi di assistenza primaria opportunamente sviluppati o dalla realizzazione di nuovi centri; l'obiettivo è disporre di almeno 1.350 Case della comunità dotate di attrezzature tecnologiche entro la metà del 2026;

- 2) *l'assistenza domiciliare*, di cui si prevedono sia il rafforzamento, con l'obiettivo di prendere in carico almeno 800.000 nuovi pazienti oltre i 65 anni di età (arrivando a 1,5 milioni), sia la riorganizzazione; quest'ultima implica, da un lato, l'entrata in funzione, entro giugno del 2024, di 600 Centrali operative territoriali (COT) – interconnesse e dotate di appositi dispositivi per il telemonitoraggio dei pazienti – volte al coordinamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie per migliorare accessibilità, continuità e integrazione delle cure e, dall'altro, la diffusione della telemedicina, attraverso l'attuazione entro il 2023 di almeno un progetto per Regione (o per consorzi tra Regioni) e assicurando l'assistenza tramite dispositivi tecnologici digitali ad almeno 200.000 pazienti per la fine del 2025;
- 3) gli *Ospedali di comunità*, a degenza breve (15-20 giorni), per lo sviluppo delle cure intermedie tra ospedale e ambulatorio, atti ad alleggerire gli ospedali dalle prestazioni a bassa complessità e a contenere gli accessi al pronto soccorso; l'obiettivo è

realizzare/adeguare 400 Ospedali di comunità entro la metà del 2026, dotati di interconnessione e attrezzature tecnologiche.

I tre livelli previsti appaiono funzionali a una piena presa in carico dei pazienti che possono essere trattati sul territorio.

La riorganizzazione dell'assistenza territoriale è un elemento cruciale per permettere la riqualificazione del Servizio sanitario nazionale (SSN). Negli ultimi anni lo spostamento delle cure dal livello ospedaliero a quello territoriale ha rappresentato una delle più diffuse politiche sanitarie nei paesi europei, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e accrescere l'efficienza³. Tuttavia, al disinvestimento nell'assistenza ospedaliera dovrebbe corrispondere un impegno crescente per riqualificare quella territoriale, in modo da offrire servizi integrati, assicurare una presa in carico multidimensionale e consentire una riduzione delle liste di attesa. Molti paesi si stanno muovendo in questa direzione, anche se si tratta di un processo ancora in corso.

In Italia il ridimensionamento della capacità degli ospedali, peraltro già contenuta in confronto ad altri paesi⁴, non è andato di pari passo con il rafforzamento e la riorganizzazione delle prestazioni distrettuali su tutto il territorio, con carenze

³ Si vedano Schwierz (2016) e Commissione europea (2016), dove si rileva che undici Stati membri della UE (Belgio, Repubblica Ceca, Germania, Irlanda, Grecia, Spagna, Italia, Austria, Polonia, Romania e Regno Unito) hanno adottato politiche volte a spostare i trattamenti all'esterno dell'ospedale e otto (Irlanda, Grecia, Italia, Austria,

Polonia, Portogallo, Romania, Regno Unito) hanno riallocato risorse dall'ospedale al territorio.

⁴ Il numero di posti letto per 1.000 abitanti negli ospedali italiani, secondo i dati Eurostat, è passato da 4 nel 2005 a 3,2 nel 2019, mentre la media europea diminuiva da 6,1 a 5,3.

più evidenti in alcune Regioni⁵. Questo implica, tra l'altro, che gli ospedali vengano spesso sovraccaricati dalla richiesta di interventi che potrebbero essere svolti altrove, con fenomeni di sovraffollamento dei servizi di emergenza-urgenza, che ostacolano la salvaguardia degli standard qualitativi delle cure e rendono più difficile la gestione economico-finanziaria delle aziende ospedaliere. Infatti, tra le cause degli squilibri finanziari di queste ultime si ritiene che vada considerata anche la mancata erogazione di prestazioni ordinarie da parte dell'assistenza territoriale⁶. L'emergenza sanitaria ha esasperato il problema, confermando che le maglie delle cure territoriali sono ancora troppo larghe per riuscire a trattenere tutti i pazienti che potrebbero beneficiare di trattamenti presso il domicilio e/o apposite strutture non ospedaliere.

Eppure la nuova struttura del servizio sanitario territoriale era stata immaginata già da tempo nelle sue linee fondamentali e molti passi erano stati compiuti, per renderla effettiva, a livello legislativo, amministrativo e di intese in Conferenza Stato-Regioni, con talune esperienze rilevanti realizzate in alcuni territori. Tuttavia, né le Case della salute, né le associazioni tra i medici di base (o quelle, più rare, multiprofessionali) sono arrivate a rappresentare, su tutto il territorio nazionale, effettivi punti di riferimento per i cittadini, con disponibilità di servizi in ampie fasce orarie e potenzialità di sostituire anche il pronto soccorso nel caso di urgenze

legate a problemi minori. Molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno, non dispongono di strutture intermedie tra ospedale e domicilio per degenze a bassa intensità clinica. Inoltre, l'assistenza domiciliare è rimasta complessivamente limitata e molto differenziata tra le Regioni sia in termini di prese in carico rispetto alla popolazione sia in termini di intensità dell'aiuto. Le Regioni si sono dunque mosse a diversa velocità verso un sistema di assistenza sanitaria territoriale più avanzato.

La mancanza di risorse – soprattutto nel periodo delle crisi finanziaria e dei debiti sovrani, quando il contributo del settore sanitario al riequilibrio delle finanze pubbliche è stato rilevante – ma anche le resistenze da parte di alcuni dei soggetti coinvolti e l'inerzia di molte Regioni e aziende sanitarie (AS)⁷ hanno reso difficile l'introduzione in concreto delle riforme. Oggi il PNRR rappresenta dunque un'occasione importante. Le prime tappe previste sono state rispettate, con il riparto della maggior parte dei finanziamenti, l'approvazione della riforma, l'identificazione degli interventi da parte delle singole Regioni, la pubblicazione di molti bandi per la realizzazione degli investimenti.

Le incognite ora riguardano, oltre ai tempi di realizzazione delle opere, che dovrebbero essere molto rapidi per rispettare la tabella di marcia del PNRR⁸, principalmente quattro aspetti: la capacità di assicurare un

⁵ Per approfondimenti si veda, tra gli altri, Aimone Gigio *et al.* (2018) e Ufficio parlamentare di bilancio (2019).

⁶ Come emerge anche dai piani di rientro di alcune di queste aziende, elaborati in base alle prescrizioni della legge di stabilità per il 2016. Per

approfondimenti si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2020).

⁷ Si veda Mapelli (2021a).

⁸ Si vedano Ufficio parlamentare di bilancio (2022b) e (2022c).

riequilibrio territoriale dei servizi, la disponibilità di risorse finanziarie e umane per far funzionare il nuovo sistema di assistenza territoriale, il coinvolgimento dei medici di medicina generale (MMG), l'adattamento della riforma ai diversi modelli regionali.

Con riguardo al primo aspetto, il vincolo, imposto dal PNRR, di garantire almeno il 40 per cento dei finanziamenti al Mezzogiorno appare una regola troppo rigida rispetto alle disomogeneità regionali. Nel riparto dei finanziamenti si è cercato di adottare una maggiore flessibilità, tenendo conto in qualche misura delle condizioni di partenza, ma le resistenze delle Regioni più forti ostacolano lo sforzo di assicurare una maggiore uniformità nelle capacità produttive dei diversi Servizi sanitari regionali (SSR).

Per quanto concerne la seconda questione, pur considerando plausibile e auspicabile un qualche miglioramento del rapporto costo-efficacia in un sistema riorganizzato, appare difficile che il rafforzamento dell'assistenza territoriale possa essere realizzato senza un incremento, rispetto al periodo pre-pandemia, delle risorse finanziarie, in percentuale del PIL, destinate al settore sanitario, che attualmente non è contemplato nell'ambito della programmazione finanziaria⁹. Più in particolare, nel caso, ad esempio, dell'assistenza domiciliare, per la quale nel calcolo del fabbisogno di personale e degli oneri da coprire è stato assunto un livello di intensità assistenziale basso, si rischia di predisporre un servizio inadeguato, sia pure garantito a una platea più ampia di assistiti.

Peraltro, la metodologia di calcolo del fabbisogno di personale – che costituisce il primo passo per l'ottenimento, da parte delle Regioni, di un incremento del tetto di spesa di personale fissato dalla legge – è stata proposta a titolo sperimentale e non è stata ancora elaborata per le forme di assistenza sanitaria contemplate dalla riforma inclusa nel PNRR diverse dall'assistenza domiciliare. Tuttavia, la stessa riforma ha definito gli standard di personale per alcune strutture territoriali. Va poi affrontato al più presto il problema della difficile reperibilità di alcune figure professionali, legato a una non adeguata programmazione della formazione negli anni passati, alla difficoltà di aumentare la capacità delle strutture che erogano la formazione, alla sempre minore attrattività del SSN per motivi legati sia al livello delle retribuzioni, sia all'organizzazione del lavoro.

Per quanto attiene al terzo aspetto, il coinvolgimento dei MMG richiederebbe una chiara regolazione delle forme e dei modi della partecipazione alle varie strutture, *in primis* alle Case della comunità, ed è stato ipotizzato anche un ripensamento, almeno per alcuni professionisti, della forma contrattuale, che potrebbe favorire l'attuazione della riforma. Tuttavia, al momento quest'ultima ipotesi sembra essere stata accantonata, stando al recente Atto di indirizzo per la convenzione con i MMG 2019-21, che enfatizza il ruolo delle aggregazioni dei medici di base più di quello delle Case della comunità. Va osservato che la convenzione, ancora da sottoscrivere, è riferita a un periodo ormai scaduto, ma il ritardo nella contrattazione

⁹ Malgrado l'incremento del finanziamento del SSN in valore assoluto previsto dalla legge di bilancio per

il 2023, pari a 2,15 miliardi per l'anno in corso, 2,3 per il 2024 e 2,6 dal 2025.

nazionale finisce così per essere causa ed effetto delle difficoltà a introdurre e finanziare effettive innovazioni, pure necessarie nell'ottica della riforma della sanità territoriale.

Infine, il Regolamento contenente gli standard dell'assistenza territoriale (DM 77/2022), se da un lato è stato pensato come strumento per uniformare i servizi garantiti dalle diverse Regioni, dall'altro, nella versione finale, in cui la parte prescrittiva è stata meglio individuata, ma anche delimitata, lascia aperte molte soluzioni, anche riguardo al ruolo del mercato privato, che potrà trovare spazi di espansione piuttosto ampi nella fornitura dei servizi da garantire, a seconda delle scelte attuative delle Regioni.

Va segnalato inoltre che il DM 77/2022 non è intervenuto sugli standard per la salute mentale, un settore sacrificato negli anni passati e di cui recentemente è stata riconosciuta l'importanza, anche in considerazione dell'aumento della domanda collegato a due circostanze: la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, che si vorrebbe accompagnata, oltre che dall'istituzione delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), da un rafforzamento dei servizi sul territorio; le conseguenze della pandemia da COVID-19, che avrebbe incrementato la diffusione di problemi psicologici e la gravità delle patologie psichiatriche. Il tema è stato affrontato tuttavia nell'ambito della nuova metodologia di determinazione dei fabbisogni di personale.

L'investimento finanziato con il FoC affronta invece un'altra criticità emersa nella fase

pandemica, ovvero l'insufficiente impegno per la prevenzione. La presa d'atto di questo problema ha portato all'adozione: 1) del Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 (il precedente è scaduto nel 2018 ed è stato prorogato al 2019), con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 6 agosto 2020¹⁰; 2) del Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023), su cui è stato sancito l'accordo in Conferenza Stato-Regioni il 25 gennaio 2021. Quindi è stato incluso nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale il riassetto del sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, cui sono stati destinati 500 milioni del FoC. Come indicato nel Piano nazionale della prevenzione 2020-25, le misure impostate sono ispirate dall'approccio, ormai prevalente e condiviso dalle principali istituzioni internazionali ed europee, basato sul riconoscimento dell'interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali e sull'interconnessione della salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi (*One Health*). Ne discende la necessità di un'impostazione multidisciplinare, intersettoriale e coordinata, recepita peraltro anche nella Carta costituzionale con la recente riforma (Legge costituzionale 1/2022). I primi passi per l'istituzione e la regolazione del nuovo sistema di prevenzione sono stati effettuati, ma ancora manca la definizione di un punto essenziale, ovvero il meccanismo di integrazione con il sistema di protezione dell'ambiente.

Nel prossimo paragrafo si riportano brevemente alcune informazioni sui servizi

¹⁰ In seguito tutte le Regioni hanno provveduto a elaborare il proprio Piano regionale di prevenzione.

di cure primarie presenti in alcuni paesi europei e si confrontano le relative caratteristiche. Nel terzo paragrafo si prova a disegnare un quadro dei servizi di assistenza domiciliare e delle strutture di prossimità e di cure intermedie disponibili in Italia prima della realizzazione del PNRR, per fare il punto sulle condizioni di partenza su cui si andranno a innestare la riforma e gli investimenti previsti. Nel quarto paragrafo si ripercorrono le principali azioni svolte per realizzare gli interventi contemplati dalla prima componente della Missione Salute, guardando in particolare al riparto dei finanziamenti, alla pianificazione degli investimenti concordata tra Regioni e Governo, agli sviluppi nel campo dell'assistenza domiciliare e alle misure volte a realizzare il nuovo sistema di prevenzione. Il quinto paragrafo contiene un esame critico della riforma volta a delineare il nuovo modello organizzativo per l'assistenza territoriale e a determinarne gli standard, i cui aspetti essenziali sono sinteticamente descritti nell'Appendice.

2. L'esperienza di altri paesi nei servizi di cure primarie

Un rapido confronto tra le principali caratteristiche dei servizi di cure primarie di alcuni paesi europei (Italia, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna e Svezia) mostra alcune tendenze comuni, pur nelle differenze tra i diversi sistemi sanitari (tab. 2)¹¹.

¹¹ Le informazioni sono tratte da AGENAS *et al.* (2022); a integrazione, sono stati utilizzati Commissione europea (2016 e 2019) e il dataset OECD.stat, *Health care resources*. Le considerazioni riportate nel paragrafo vanno prese con particolare

Un po' ovunque si sono diffuse o si stanno diffondendo forme di medicina di gruppo, anche multidisciplinari, volte a garantire una presa in carico più ampia e maggiori orari di apertura; non è tuttavia sempre chiaro, nei singoli paesi, quanta strada sia stata percorsa verso modelli di questo tipo. La Germania resterebbe ancora piuttosto ancorata a una situazione di prevalenza di singoli studi privati, mentre in Svezia la regola è quella della squadra multidisciplinare.

L'integrazione con le cure a carattere secondario appare scarsa in tutti i paesi, tranne che in Spagna, anche se un po' ovunque si mira a una migliore integrazione¹². In Italia, Francia, Regno Unito e Spagna il MMG svolge il ruolo di *gatekeeping* (regolatore dell'accesso alle altre prestazioni). In genere è prevista la libera scelta del MMG, a volte anche degli specialisti, di altri professionisti e/o della struttura da cui farsi prendere in carico. Tuttavia, la libertà è spesso limitata nell'ambito dell'ente locale di appartenenza o dell'ente sanitario di riferimento (ad esempio, in Italia, la ASL).

Il rapporto di lavoro dei MMG può essere di tipo libero professionale o di dipendenza; in entrambi i casi la remunerazione è spesso a quota capitaria, più una parte variabile legata alla contrattazione decentrata, alle attività svolte e agli obiettivi raggiunti.

cautela, data la difficoltà di realizzare confronti internazionali sulle caratteristiche istituzionali di sistemi sanitari diversamente concepiti.

¹² Si veda Commissione europea (2019).

Tab. 2 – I sistemi di cure primarie in alcuni paesi europei

	Italia	Francia	Germania	Regno Unito	Spagna	Svezia
Organizzazione	Prevalenza singoli studi privati. Parziale attivazione di studi medici aggregati. Attivazione di forme organizzative mono-professionali con almeno 20 MMG (2.198 aggregazioni funzionali territoriali mono-professionali); attivazione di forme organizzative multiprofessionali in strutture spesso pubbliche (490 Case della salute o similari)	Prevalenza singoli studi privati. Case di cura multidisciplinari – aggregazioni (in aumento). Reti di coordinamento tra MMG (sperimentazione). Comunità territoriali tra professionisti per facilitare integrazione tra cure primarie e secondarie (in aumento)	Prevalenza di singoli studi privati di MMG	Studi privati in prevalenza multidisciplinari. Reti di ambulatori di assistenza primaria (<i>primary care networks</i>). Scarsa integrazione sociosanitaria	Tre modelli: <i>team base</i> (MMG, infermiere, personale di supporto); gestione integrata tra servizi a più livelli, con un singolo referente che segue la continuità assistenziale; esternalizzazione dei servizi di cure primarie a consorzi pubblici o a <i>partnership</i> con soggetti di tipo <i>profit</i>	<i>Team</i> con quattro o sei MMG, integrati con altre tipologie di personale. La maggiore parte dei MMG lavora in <i>team</i> multidisciplinari, pochi come singoli professionisti (5%)
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Sistema frammentato. Ruolo di <i>gatekeeping</i> del MMG	Sistema frammentato, economicamente conveniente passare dal MMG come <i>gatekeeping</i>	Rara	In parte presente soprattutto per determinate patologie. Ruolo di <i>gatekeeping</i>	Integrazione sistemica tra livelli di assistenza, ruolo di <i>gatekeeping</i> del MMG	Rara
Sistema di cure primarie	Libera scelta del MMG, di massima nel Comune di residenza e nell'ambito della ASL di appartenenza	Libera scelta del paziente tra MMG o specialista ad accesso diretto	Libera scelta di medici e altri professionisti (l'assistenza primaria comprende tutti i medici che operano a livello ambulatoriale, senza chiara separazione della specialità). Rimborso delle cure da parte dell'assicurazione solo su prescrizione medica	Libera scelta dell'ambulatorio del MMG. Il sistema è decentrato attraverso l' <i>Integrated Care System</i> e le reti locali <i>Primary Care Networks</i> tra ambulatori di medicina generale	Affidamento a un MMG, nell'ambito del centro di salute assegnato. Le cure primarie sono essenzialmente garantite dal lavoro di pubblici dipendenti, sia MMG che infermieri	Scelta obbligatoria del MMG. Gli assistiti possono registrarsi con qualsiasi fornitore pubblico o privato accreditato dal Consiglio di contea locale, altrimenti il medico viene assegnato in base all'ultima visita o alla distanza
Rapporto di lavoro dei MMG	Libero professionista convenzionato con il SSN. Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile basata sull'erogazione di prestazioni aggiuntive e raggiungimento di obiettivi aziendali	Liberi professionisti o dipendenti di strutture multidisciplinari. Retribuzione: sistema misto di tariffe legato ad accordi con assicurazioni pubbliche nazionali e basate sulla libera scelta del medico. Quota capitaria per patologie croniche	Liberi professionisti con contratto stipulato con una compagnia di assicurazione sanitaria (87% del totale). Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile collegata alle prestazioni erogate. Dipendenti (13%)	Liberi professionisti o dipendenti di studi, con contratti definiti a livello nazionale. Retribuzioni in Inghilterra: <i>mix</i> di pagamenti a quota capitaria, <i>pay for performance</i> e <i>fee for service</i> per gli studi	Dipendenti pubblici. Retribuzione: base salariale minima, negoziazione con i sindacati regionali, <i>bonus</i> /incentivi/livelli di responsabilità. Una parte del compenso è a quota capitaria	Dipendenti, sia pubblici che privati. Retribuzione: quota fissa su base capitaria e quota variabile, basata sulle visite e sulle <i>performance</i> al raggiungimento di determinati obiettivi
Formazione dei MMG	Corso di formazione in medicina generale (3 anni). Attivazione del corso gestita e organizzata dalle Regioni in accordo con gli ordini professionali provinciali	Specializzazione in medicina generale (3 anni)	Specializzazione in medicina generale. Formazione professionale di almeno 5 anni	Corso base in medicina generale in strutture ospedaliere che erogano servizi cardine della medicina generale (2 anni). Formazione specialistica in medicina generale (3 anni)	Corso di specializzazione per medicina generale offerto dal Ministero dell'Istruzione, gestito dal Ministero della Sanità	Corso di specializzazione di 5 anni e mezzo. Periodo di formazione di 21 mesi
Medici generici e infermieri praticanti per 1.000 abitanti (2020)	Medici 0,85; infermieri 6,28	Medici 1,39; infermieri 11,31 (attivi professionalmente)	Medici 1,03; infermieri 12,06	Medici 0,78; infermieri: 8,46	Medici 0,91; infermieri 6,1	Medici 0,62 (2019); infermieri 10,85 (2019)
Uso AI/IT	Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata. Telemedicina. Fascicolo sanitario elettronico	2004: cartella clinica condivisa. 2009: telemedicina. 2018: costo e rimborsabilità televisite. <i>Data federation</i> non istituzionalizzata	Basso livello di digitalizzazione; Sistema di prenotazione occasionale	Televisite, e-mail, sms, app dedicate, prenotazioni online, connessione tra cure primarie e secondarie. <i>Data share</i> frammentario	Non esiste una legislazione nazionale omogenea, ma compete alle singole comunità autonome. Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata	Cartelle cliniche elettroniche. Qualità e utilizzo dei sistemi informativi elevati

Fonte: AGENAS *et al.* (2022), Commissione europea (2016 e 2019), OECD. Stat, *Health care resources*, dati estratti li 13 dicembre 2022.

La formazione dei MMG prevede ovunque corsi di specializzazione *post lauream* presso ospedali e centri di cure primarie. In Italia il corso di formazione non è equiparabile alle altre specializzazioni, che sono gestite dalle università.

La frequenza di MMG per abitanti generalmente risulta pari a circa 0,8/1 per 1.000, secondo i dati OCSE, ma arriva a 1,39 in Francia e si ferma a 0,62 in Svezia, dove è elevata la presenza di infermieri (10,85 per 1.000 abitanti). Questi appaiono ancora più numerosi, rispetto alla popolazione, in Germania, che ne conta 12,06 per 1.000 abitanti, mentre in Italia e Spagna la frequenza è di circa la metà.

In tutti i paesi, tranne la Germania, dove la frammentazione è legata alla presenza di diverse casse malattia, si rileva la presenza di strumenti avanzati di digitalizzazione, ma va osservato che in diversi casi, tra cui quello dell'Italia, la diffusione generalizzata e l'utilizzo di queste tecnologie sono in realtà ancora in fase di realizzazione e si stanno attuando sforzi per migliorare la qualità dei dati.

3. Lo stato dell'assistenza territoriale in Italia rispetto agli obiettivi del PNRR

In questo paragrafo si fornisce il quadro dei servizi di assistenza domiciliare (considerando anche le COT e i servizi di telemedicina volti a supportarla) e delle strutture di prossimità e di cure intermedie disponibili in Italia prima della predisposizione del PNRR. L'obiettivo è fornire una descrizione delle condizioni di

partenza su cui si innestano la riforma e gli investimenti previsti nel PNRR.

3.1 L'assistenza domiciliare

Con riferimento all'assistenza domiciliare, nell'ambito del PNRR si prevede di incrementare la percentuale di assistiti con più di 65 anni di età dal 5,1 per cento, che corrisponde alla media nazionale riportata nella seconda colonna della tabella 3, al 10 per cento.

Sullo stato generale dell'assistenza domiciliare i dati non sono univoci. Da diversi anni si sta cercando di migliorarne la qualità, dato che sono utilizzati anche ai fini del monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ma tuttora sussistono fonti diverse che offrono informazioni in parte differenti, soprattutto con riferimento ad alcune Regioni.

L'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale rileva tradizionalmente presso le aziende sanitarie locali (ASL) i dati sui casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI). I dati più recenti disponibili riguardano il 2020 (ultime due colonne della tabella). In seguito, nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), è stato avviato il Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), volto a produrre informazioni sugli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori del SSN (DM 17 Dicembre 2008 del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali). Da quest'ultima fonte sono stati reperiti i dati sui soggetti presi in carico riferiti al 2019, pubblicati su Monitor (45/2021), il semestrale dell'AGENAS¹³, e riportati nella seconda colonna della tabella.

¹³ Si veda Enrichens *et al.* (2021).

Tab. 3 – Assistenza domiciliare
(percentuale di assistiti con almeno 65 anni)

	Indicatore griglia LEA	Monitor 45, Agenas (SIAD)	Annuario statistico del SSN	
	% età ≥ 65 anni trattati in ADI	% età > 65 anni prese in carico	% età > 65 anni casi trattati in ADI	
	2019	2019	2019	2020
Piemonte	2,7	5,5	3,8	3,7
Valle d'Aosta	0,6	0,8	0,6	0,5
Lombardia	2,7	4,8	5,8	6,2
Prov. auton. Bolzano	0,2	0,4	0,7	0,5
Prov. auton. Trento	3,2	6,0	5,6	6,3
Veneto	3,9	8,8	12,0	11,0
Friuli-Venezia Giulia	3,2	5,6	6,0	6,2
Liguria	3,2	3,6	4,1	3,3
Emilia-Romagna	3,6	9,2	10,6	10,3
Toscana	3,1	8,3	11,1	11,5
Umbria	3,0	4,3	4,8	4,3
Marche	3,3	3,9	4,2	3,6
Lazio	2,1	2,5	3,6	4,1
Abruzzo	3,9	4,8	5,8	5,0
Molise	5,1	7,2	17,9	16,2
Campania	2,5	2,7	4,8	4,6
Puglia	2,0	2,6	4,4	4,3
Basilicata	4,1	5,1	6,6	5,6
Calabria	1,2	2,0	1,4	1,4
Sicilia	4,4	4,9	5,6	4,9
Sardegna	-	4,0	3,1	3,0
ITALIA		5,1	6,2	6,1

Fonte: Ministero della Salute (2021a); Enrichens *et al.* (2021); Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. La Sardegna non fornisce i dati per livello di intensità assistenziale.

Anche ai fini del monitoraggio dei LEA (prima colonna) viene utilizzato il flusso SIAD, ma l'indicatore adottato in relazione ai pazienti trattati in ADI si basa su criteri complessivamente più restrittivi. In particolare, si considerano le prese in carico già aperte nell'anno precedente con almeno un accesso nell'anno in corso e si escludono le prese in carico con un coefficiente di intensità assistenziale (CIA)¹⁴ molto basso, definito "zero" o "base"¹⁵ (Ministero della Salute, 2021a).

Tutte le fonti mostrano comunque che la disponibilità di servizi di ADI è molto differenziata sul territorio. Secondo i dati SIAD tutte le Regioni presentano percentuali inferiori al 10 per cento e quelle con valori più elevati sono l'Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana e il Molise, che superano il 7 per cento, mentre la Provincia autonoma di Bolzano e la Valle d'Aosta si collocano sotto l'1 per cento e la Calabria al 2. Evidenze simili emergono dai dati

¹⁴ Il coefficiente di intensità assistenziale è dato dal rapporto tra giornate effettive di assistenza erogate e giornate di cura (dalla data di presa in carico a quella di conclusione, al netto delle sospensioni).

¹⁵ Il livello zero, o base, corrisponde all'intervallo 0-0,13, il cui limite massimo si ottiene rapportando 4 giornate effettive di assistenza a 30 giornate di cura.

Escludendo questo livello ci si concentra dunque sull'assistenza integrata e non sulle cure domiciliari occasionali o anche a ciclo programmato, tali comunque da non richiedere presa in carico, valutazione multidimensionale e individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

dell'Annuario statistico, che tuttavia segnalano quote di casi trattati particolarmente elevate in Molise e il superamento della soglia del 10 per cento in quattro Regioni (al Molise si aggiungono l'Emilia-Romagna, la Toscana e il Veneto). Si rileva inoltre un lieve peggioramento complessivo tra il 2019 e il 2020, malgrado l'incremento previsto dal DL 34/2020¹⁶. Anche l'indicatore adottato nell'ambito della griglia LEA rileva la più elevata percentuale di casi trattati nel Molise, seguito questa volta da Sicilia, Basilicata, Abruzzo, Veneto ed Emilia-Romagna. Guardando a un livello di intensità maggiore, dunque, l'ordinamento delle regioni cambierebbe parecchio (anche se in fondo alla classifica resterebbero la Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano). D'altronde dalla distribuzione dei casi trattati per livello di intensità assistenziale (riportata in Enrichens *et al.*, 2021) si evince che il livello base riguarda in Italia il 40 per cento dei casi, ma la percentuale è vicina al 60 per cento in Toscana ed Emilia-Romagna e al 50 per cento in Piemonte, Veneto e nelle Province autonome di Trento e Bolzano, mentre non supera il 10 per cento in Campania, Sicilia e Liguria. Pertanto alcune regioni con buoni indicatori in termini di popolazione trattata erogano una bassa intensità assistenziale media.

Differenze territoriali emergono, oltre che nel tasso di copertura e nell'intensità assistenziale, nei modelli organizzativi, che

possono prevedere una partecipazione più o meno ampia del privato e contemplano diversi sistemi di valutazione multidimensionale, livelli difformi di utilizzo delle tecnologie informatiche e domotiche e di capacità di integrazione socio-sanitaria, con carenze diffuse su questi ultimi aspetti¹⁷.

Per migliorare e uniformare la qualità delle prestazioni il sistema di autorizzazione, di accreditamento e di accordi contrattuali è stato esteso alle organizzazioni pubbliche e private che erogano cure domiciliari¹⁸ dalla L. 178/2020, seguita dall'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sulla Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi¹⁹ per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO delle cure domiciliari (Rep. Atti n. 151/CSR del 4 agosto 2021). Si ricorda inoltre che la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 (L. 118/2022) è intervenuta sulla questione dell'accREDITAMENTO e convenzionamento delle strutture sanitarie private e sugli aspetti di monitoraggio e valutazione di quelle private convenzionate, irrigidendo alcuni criteri. A oggi solo metà delle Regioni avrebbe provveduto ad applicare l'Intesa del 4 agosto 2021 sull'accREDITAMENTO delle cure domiciliari²⁰.

L'Intesa prevede che le Regioni, entro un anno, attivino o adeguino il sistema di autorizzazione e accREDITAMENTO delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari,

¹⁶ Con il DL 34/2020 si contava di accrescere la percentuale di soggetti di età superiore a 65 anni assistiti in ADI da circa il 4 per cento al 6,7 (da 610.741 a 923.500), rispetto a una media OCSE del 6 per cento; si prevedeva inoltre di aumentare dallo 0,15 allo 0,3 per cento la percentuale di soggetti assistiti fino a 65 anni (si veda la Relazione tecnica del DL 34/2020).

¹⁷ Si veda Vetrano (2020).

¹⁸ Sul sistema di accREDITAMENTO delle reti di cure palliative di terapia del dolore invece sono state siglate l'Intesa del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 118/CSR e n. 119/CSR) e quella del 25 marzo 2021, rivolta alle cure pediatriche (Rep. Atti n. 30/CSR).

¹⁹ Si tratta di requisiti minimi, in quanto le Regioni possono introdurne di aggiuntivi.

²⁰ Si veda Osservatorio Recovery Plan, OREP (2023).

determinando il fabbisogno nell'ambito della programmazione sanitaria e assicurando la vigilanza e il controllo dei percorsi assistenziali. Il governo clinico-assistenziale è posto in capo all'AS territoriale. Le tariffe dovrebbero essere determinate a livello nazionale dalla Commissione competente, ma nel frattempo potranno essere fissate dalle Regioni. I requisiti per l'autorizzazione riguardano aspetti strutturali (sede e strutture), tecnologici (disponibilità e manutenzione di strumenti e attrezzature), organizzativi (l'individuazione dei soggetti responsabili, la continuità della presa in carico, la dotazione, qualificazione, formazione e inquadramento del personale e la regolarità dei rapporti di lavoro²¹), procedurali e gestionali (le prestazioni e i servizi forniti, la gestione del rischio clinico, la standardizzazione dei percorsi di cura e le procedure prestabilite, la documentazione sanitaria, l'integrazione professionale e la valorizzazione del ruolo della famiglia e dell'assistito, l'informazione e la gestione dei disservizi, la valutazione della qualità). Quelli per l'accredimento contemplano ulteriori aspetti organizzativi e danno maggiore importanza a questioni quali governo e rischio clinico, garanzia dei LEA e diritti delle persone. Sono richiesti, ad esempio: sistemi di gestione con processi di pianificazione e verifica coerenti con le indicazioni regionali e volti a promuovere la qualità; presa in carico sulla base del progetto di assistenza individuale integrata (PAI) e della valutazione multidimensionale dei bisogni²², garantendo, se necessario, la continuità nell'ambito dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA); requisiti strutturali integrativi di quelli minimi; competenza e abilità del personale; comunicazione tra professionisti e con i pazienti²³; efficacia, appropriatezza clinica e sicurezza; processi di miglioramento e innovazione; orientamento alla persona.

Con la legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021 viene superato l'accredimento provvisorio per le nuove

²¹ Viene richiesta, tra l'altro, l'applicazione di condizioni normative e retributive non inferiori a quelle risultanti dai contratti collettivi di lavoro. Questo aspetto è particolarmente rilevante in questo settore, in cui le condizioni applicate dai numerosissimi contratti in essere sono molto differenziate.

²² La presa in carico deve essere garantita secondo le indicazioni di Regioni e AS e anche in base a criteri

strutture o nuove attività svolte in strutture preesistenti e viene stabilito che l'accredimento dovrà essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare e sulla base dell'attività eventualmente già svolta. Inoltre, è prevista una selezione periodica dei soggetti privati per la stipula degli accordi contrattuali, basata su criteri oggettivi, da indicare in un avviso della Regione, tali da valorizzare prioritariamente la qualità. Tale selezione deve tenere conto della programmazione sanitaria regionale e basarsi su verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento, nonché dell'eventuale attività già svolta. Contano anche l'alimentazione del fascicolo sanitario elettronico e, tanto per la richiesta di accreditamento quanto per le selezioni dei soggetti privati ai fini della stipula degli accordi contrattuali, gli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio sulle erogazioni, le cui modalità sono state definite con apposito decreto del Ministero della Salute, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, emanato il 19 dicembre 2022. Il mancato adempimento degli obblighi di alimentazione del fascicolo sanitario elettronico costituisce inoltre grave inadempimento degli obblighi assunti mediante la stipula dei contratti e degli accordi contrattuali.

Quanto al sub-investimento del PNRR relativo alle COT (280 milioni), la cui attivazione in tutte le Regioni è stata prevista dal DL 34/2020 nell'ambito delle misure adottate per affrontare l'emergenza sanitaria, simili strutture erano già presenti in molte Regioni da una decina di anni, sia pure con caratteristiche e funzioni differenti e con diversa diffusione anche nell'ambito della stessa Regione²⁴. Le COT sono finalizzate, secondo il DL 34/2020, al

prioritari. La responsabilità clinica è in capo al MMG o al pediatra di libera scelta, anche se devono essere coinvolti medici specialisti.

²³ Anche ai fini della rivalutazione del PAI e dell'acquisizione del consenso informato e delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

²⁴ Si veda Pesaresi (2022).

coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, in raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche utilizzando strumenti informatici e di telemedicina. La Relazione tecnica dello stesso decreto spiega che l'obiettivo è individuare il percorso più appropriato tra ospedale e territorio. Le prime esperienze sono state avviate in Toscana e Veneto; oggi sono presenti anche in Abruzzo, in Sardegna, nella Provincia autonoma di Trento, nel Lazio, in Sicilia, Umbria, Basilicata, Piemonte, Calabria e Puglia²⁵. Con il PNRR si intende assicurare almeno una COT ogni 100.000 abitanti su tutto il territorio nazionale.

Si ricorda inoltre che il DL 34/2020, come convertito con L. 77/2020, prevede anche la sperimentazione di strutture di prossimità per la promozione della salute, la prevenzione, la presa in carico e la riabilitazione di soggetti fragili, e la finanzia con 50 milioni per il biennio 2020-21.

Tali strutture, intese ad assicurare l'integrazione socio-sanitaria, anche coinvolgendo le istituzioni presenti nel territorio, il volontariato locale e gli enti del Terzo settore senza scopo di lucro, dovevano favorire la domiciliarità e promuovere la valutazione dei risultati, anche attraverso strumenti quali il *budget* di salute individuale e di comunità²⁶. L'Intesa sulle linee di indirizzo per la sperimentazione e il riparto dei finanziamenti, raggiunta il 4 agosto 2021, ne ha esteso la durata al 2022 e ha chiarito che possono essere inclusi, tra gli altri, progetti di Case della salute o altri esperimenti di *co-housing* e forme di domiciliarità protetta e che attraverso questi finanziamenti possono essere sviluppate precedenti sperimentazioni ed esperienze già presenti in molte Regioni.

Infine, rispetto al sub-investimento del PNRR volto a coinvolgere tutte le Regioni nello sviluppo di progetti di telemedicina (1 miliardo), va ricordato che le esperienze svolte erano state rilevate dal Ministero della Salute con riferimento al 2018²⁷, riscontrando una notevole variabilità tra Regioni.

Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Lazio e Sicilia hanno riportato più di 30 esperienze; il Piemonte più di 20; Veneto, Campania, Liguria e Umbria tra 10 e 20; le rimanenti regioni meno di 10. Tra le prestazioni erogate la più diffusa è stata il teleconsulto (29 per cento), seguito dalla telerefertazione (23 per cento) e dal telemonitoraggio (22 per cento). Nel 36 per cento dei casi era stato previsto un finanziamento dedicato. I pazienti cui erano rivolti i progetti nel 34 per cento dei casi soffrivano di una patologia acuta, nel 29 per cento (2 per cento con oltre 65 anni) di più patologie croniche e nel 17 per cento (3 con oltre 65 anni) di una patologia cronica.

3.2 *Le Case della comunità e gli Ospedali di comunità*

Gli Ospedali di comunità rispondono alle esigenze dei pazienti che richiedono un'assistenza infermieristica continuativa e un'assistenza medica programmata o su specifica necessità. Una ricognizione del Servizio studi Affari sociali della Camera dei Deputati effettuata nel 2021²⁸ ha individuato 163 Ospedali di comunità nel 2020 (tab. 4), concentrati nella metà delle Regioni. Non ve ne sono nelle Regioni a statuto speciale, nel Lazio, in Umbria e in gran parte del Mezzogiorno, eccetto Abruzzo, Molise e Campania (che ne ha solo

²⁵ Si veda Enrichens *et al.* (2022).

²⁶ Sul *budget* di salute, uno strumento inizialmente concepito nell'ambito della salute mentale, si veda Pesaresi (2022).

²⁷ Si veda Ministero della Salute (2021b).

²⁸ Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), ove si presentano i risultati di un'apposita richiesta alla Conferenza delle Regioni.

Tab. 4 – Case della salute e Ospedali di comunità dichiarati attivi nel 2020
(numero delle strutture)

	Case della salute	Ospedali di comunità
Piemonte	71	5
Valle d'Aosta	0	0
Lombardia	0	20
PA Bolzano	0	0
PA Trento	0	0
Veneto	77	69
Friuli-Venezia Giulia	0	0
Liguria	4	1
Emilia-Romagna	124	26
Toscana	76	20
Umbria	8	0
Marche	21	14
Lazio	22	0
Abruzzo	n.d.	5
Molise	6	2
Campania	0	1
Puglia	0	0
Basilicata	1	0
Calabria	13	0
Sicilia	55	0
Sardegna	15	0
Totale	493	163

Fonte: Camera dei deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

uno); la Regione con il maggior numero di Ospedali della comunità dichiarati attivi è il Veneto (69), seguito dall'Emilia-Romagna (26), dalla Lombardia e dalla Toscana (20).

Il decreto ministeriale del 2 aprile 2015 n. 70 sugli standard ospedalieri già contempla questo tipo di struttura, che dovrebbe avere un numero limitato di posti letto (15-20), essere gestita da personale infermieristico e assicurare l'assistenza medica principalmente grazie ai MMG o ai pediatri di libera scelta (PLS). La Conferenza Stato-Regioni ha poi raggiunto, il 20 febbraio

2020, l'Intesa sui relativi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi (prevista dal Patto per la salute 2014-16).

Stando al decreto sugli standard ospedalieri, la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale doveva fare capo al Distretto. L'Intesa del 20 febbraio 2020 sembra virare invece verso una maggiore aziendalizzazione degli Ospedali di comunità, stabilendo: che possa trattarsi di strutture pubbliche o private (di cui le Regioni dovrebbero definire comunque i requisiti ulteriori per l'accreditamento); che la responsabilità clinica resti a un medico²⁹ e quella assistenziale all'infermiere; che la gestione sia riconducibile all'organizzazione distrettuale e/o territoriale delle aziende sanitarie, ma la

²⁹ MMG o pediatra o altro medico dipendente o convenzionato o comunque scelto dalla direzione

della struttura o un medico appositamente incaricato nelle strutture private.

responsabilità igienico-sanitaria vada in capo a un medico designato dalla direzione sanitaria aziendale e quella gestionale-organizzativa complessiva a una figura individuata anche tra le professioni sanitarie dall'azienda sanitaria di riferimento, mentre nel caso di strutture private si deve individuare un'analoga figura di responsabile.

Con le Case della comunità invece si dovrebbe assicurare la presenza su tutto il territorio di strutture assistenziali di prossimità, fisicamente identificabili e facilmente raggiungibili dagli assistiti, con un bacino di utenza standardizzato. Anche in questo caso non si tratta di esperienze del tutto nuove nell'ambito dei SSR. Attualmente, sono presenti infatti in molte Regioni le Case della salute o altre strutture simili. La sperimentazione del modello assistenziale delle Case della salute è stata prevista dalla legge finanziaria per il 2007 (L. 296/2006), che stanziava tuttavia a tal fine una cifra limitata (10 milioni). Le linee guida del progetto sulle Case della salute (allegate al decreto del Ministro della Salute del 10 luglio 2007) delineano un modello molto simile a quello delle Case della comunità.

Era previsto che le Case della salute erogassero in uno stesso luogo le prestazioni socio-sanitarie, assicurando l'accoglienza e la presa in carico. Gli studi dei MMG dovevano essere collocati in tali strutture, o almeno essere funzionalmente collegati a esse, e si sarebbe dovuta garantire la

continuità assistenziale 7 giorni su 7, 24 ore su 24, grazie ai medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Il progetto doveva comprendere gli ambulatori della specialistica e la diagnostica di laboratorio, radiologia ed ecografia di base, nonché gli ambulatori infermieristici e per le piccole urgenze e doveva prevedere la presenza di servizi di ambulanza. Doveva essere coinvolto anche il personale addetto alla riabilitazione e prevenzione. Si prevedeva che venisse allocato nelle Case della salute il Centro Unico di Prenotazione (CUP). Le Case della salute dovevano anche occuparsi dell'organizzazione e gestione dell'ADI. Inoltre, era già previsto che applicassero strumenti tecnologici per assicurare la telemedicina e il teleconsulto a distanza, in connessione con l'ospedale di riferimento.

Nella pratica, le esperienze concrete nelle diverse Regioni nel campo delle strutture territoriali non sono uniformi³⁰, neanche nella denominazione³¹.

In generale, non sempre è stato identificato un luogo fisico di offerta (presente nelle Regioni che hanno introdotto le Case della salute) e raramente è assicurato il servizio sulle 24 ore (meno del 10 per cento dei casi) e su 7 giorni a settimana (poco più del 20 per cento). Il bacino di utenza, diverso anche per strutture di una medesima regione, generalmente si colloca tra 10.000 e 50.000 unità. Nella maggior parte dei casi nelle strutture sono presenti studi di medicina generale (86 per cento), ambulatori infermieristici (95 per cento), diversi servizi specialistici, soprattutto al Centro-Sud, alcune tecnologie diagnostiche (quali ecocardiografia, ecografia, elettrocardiogramma, radiologia,

³⁰ Si veda Cassa *et al.* (2020), dove sono raccolte informazioni su 121 strutture assimilabili a Case della salute, appartenenti a 10 diverse Regioni, che sono sintetizzate di seguito.

³¹ Ad esempio, Puglia e Sicilia hanno previsto i Presidi territoriali di assistenza (PTA), volti essenzialmente all'integrazione delle componenti assistenziali e all'organizzazione dei percorsi dei pazienti; l'Abruzzo ha puntato a riorganizzare le cure primarie programmando l'introduzione di AFT e UCCP. Invece in Emilia Romagna, dove si sono realizzate alcune delle esperienze più avanzate, sono presenti numerose Case della salute, che si riscontrano anche in Toscana, Marche e Lazio (si veda Cassa *et al.*, 2020; Camera dei Deputati, Servizio

studi Affari sociali, 2021). In Lombardia sono stati introdotti i presidi socio sanitari territoriali (PRESST) ed è stata lanciata la sperimentazione dei *Chronic Related Group* (CREG) per i pazienti cronici, che potevano avere un soggetto gestore pubblico o privato (anche se nei fatti sono stati inizialmente privilegiati i raggruppamenti di MMG, con la partecipazione di privati) ed erano volti a garantire tutti i servizi non ospedalieri, tramite contratto con la ASL e attraverso un sistema di remunerazione a tariffa predeterminata per presa in carico (si veda Zocchetti, 2013 e Longo *et al.*, 2012); il sistema è stato rivisto nel 2021.

spirometria), ambulatori per prelievi (più del 90 per cento), vaccinazioni (60 per cento), centro diurno di salute mentale (39 per cento) e altri ambulatori, servizi di assistenza domiciliare e riabilitativa (53 per cento), consultori familiari e assistenza donne (58 e 31 per cento), chirurgia ambulatoriale e punto di emergenza-urgenza (intorno al 50 per cento), eventualmente anche altri servizi di tipo residenziale (cure intermedie, RSA, *hospice*, residenze per anziani).

Secondo la ricognizione del Servizio studi Affari sociali della Camera dei Deputati sopra citata (tab. 4), nel 2020 erano dichiarate attive Case della salute³² in 13 Regioni (tutte tranne quelle a statuto speciale del Nord, la Lombardia, la Puglia e la Campania; per l’Abruzzo non erano disponibili dati). La Regione con il maggior numero di Case della salute era l’Emilia-Romagna (124), seguita da Veneto, Toscana e Piemonte con più di 70, mentre Basilicata, Liguria, Molise e Umbria si collocavano sotto la decina.

Gli orari ridotti, la presenza limitata di personale, il ritardo nell’integrazione dell’assistenza sanitaria con quella sociale hanno contribuito a ostacolare la trasformazione delle Case della salute in un punto di riferimento per gli assistiti, alternativo all’ospedale. Tuttavia, secondo uno studio sull’esperienza avanzata delle Case della salute in Emilia-Romagna³³, queste eserciterebbero un impatto non irrilevante sulla riduzione degli accessi al pronto soccorso (-16,1 per cento), sull’ospedalizzazione per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale (-2,4 per

cento) e sugli episodi di cura in assistenza domiciliare (+9,5 per cento).

Sull’organizzazione dell’assistenza territoriale è intervenuto in passato anche il cosiddetto “decreto Balduzzi” (DL 158/2012, convertito in L. 189/2012), che mirava ad assicurare la continuità dell’assistenza di base sulle 24 ore e l’integrazione con quella socio-assistenziale, attraverso l’istituzione di aggregazioni funzionali territoriali mono-professionali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP, reti di poliambulatori multi-professionali)³⁴. Il Patto per la salute 2014-16 ha condiviso tale modello, innestando le UCCP, cui le AFT avrebbero dovuto essere funzionalmente collegate, nell’ambito del Distretto. Esistevano comunque anche in precedenza forme di associazione semplice, in rete e di gruppo tra MMG.

Risulta che nel 2019 circa due terzi dei MMG (più dell’80 per cento nella Provincia autonoma di Trento, in Veneto e in Emilia-Romagna) e dei pediatri di libera scelta partecipassero a queste ultime associazioni (non necessariamente attraverso l’unificazione degli studi) e che quelle multiprofessionali, introdotte inizialmente con la sperimentazione delle Case della salute, si fossero diffuse meno, malgrado il “decreto Balduzzi”³⁵. Le cause sono state rinvenute, oltre che nella mancanza di appositi finanziamenti, nell’ostilità dei sindacati medici e nella mancanza di determinazione da parte di Stato e Regioni nel recepire le norme del DL 158/2012

³² Intese come strutture sanitarie territoriali in cui è prevista l’integrazione tra i medici di medicina generale/pediatri di libera scelta e i servizi sanitari delle ASL.

³³ Si veda Nobilio *et al.*, 2020.

³⁴ Peraltro AFT e UCCP erano già contemplate dalla convenzione con i MMG relativa al quadriennio normativo 2006-09 e al biennio economico 2006-07 sottoscritta il 27 maggio 2009.

³⁵ Si veda Mapelli, (2021a).

nell'ambito degli accordi collettivi nazionali con i MMG onde renderle operative³⁶. Peraltro, la presenza di un blocco della contrattazione dal 2010 al 2015 ha rallentato la definizione di nuove relazioni con i MMG, coerenti con le richieste di aggregazione, e di apposite forme incentivanti. Con la riapertura della contrattazione sono stati realizzati limitati passi avanti, ma saranno gli accordi ancora da sottoscrivere che dovranno integrare la medicina di base con le nuove strutture previste dal PNRR. L'Accordo collettivo nazionale dei MMG relativo al biennio 2016-18, raggiunto a gennaio 2022 (e su cui è stata raggiunta Intesa in Conferenza Stato-Regioni nell'aprile successivo³⁷), conferma che i MMG restano professionisti convenzionati e mantiene l'autonomia organizzativa e la libera scelta del medico da parte del cittadino. Al contempo, nell'articolo 1 si afferma che l'accordo attua la riforma Balduzzi.

Questo avverrebbe attraverso: il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria per i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale³⁸, che si prevede operino nelle AFT e nelle UCCP; il rinvio ad appositi atti di programmazione delle Regioni, da attuare attraverso gli Accordi integrativi regionali, volti a istituire le AFT e le UCCP e a definire le modalità di partecipazione dei medici alle forme organizzative multiprofessionali; la previsione che le UCCP operino in strutture o presidi

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ Così come per l'Accordo dei pediatri di libera scelta, sottoscritto nello scorso mese di febbraio. Si ricorda che il DL 23/2020 aveva disposto il pagamento immediato ai MMG e ai PLS (nonché agli specialisti ambulatoriali) degli incrementi delle quote capitarie e orarie previsti per il 2018 dall'Atto di indirizzo approvato nel 2019 (e degli arretrati).

³⁸ A rapporto fiduciario con scelta del cittadino (a ciclo di scelta, con sistema retributivo a quota capitaria) e ad attività (e retribuzione) oraria (onde contribuire alla continuità dell'assistenza). Restano distinti i settori della medicina dei servizi territoriali e dell'emergenza sanitaria territoriale e viene

individuati dalle AS (ed eventualmente possano accogliere le AFT), mentre gli studi dei medici restino diffusi capillarmente sul territorio, anche se possono essere stabiliti presso una AFT; la connessione telematica tra i medici della AFT; la previsione che i medici si raccordino alle UCCP tramite le AFT e che il collegamento tra queste ultime e le UCCP possa avvenire attraverso sistemi informatici; l'aggancio della parte variabile del trattamento economico alla valutazione dei risultati raggiunti dai medici operanti all'interno delle UCCP e, per i medici che compongono le AFT, dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi assegnati alle stesse AFT, secondo indicatori da individuare con gli Accordi integrativi regionali (alcune indennità confluiranno in un apposito Fondo aziendale dei fattori produttivi).

La partecipazione alle AFT e alle UCCP sarebbe incentivata utilizzando la quota variabile del trattamento. La realizzazione delle nuove forme organizzative dovrebbe essere presumibilmente favorita dalla valorizzazione dell'attività oraria, anche in considerazione della riforma dell'assistenza territoriale contemplata dal PNRR. Tuttavia, secondo Mapelli (2021a), i passi avanti resterebbero molto limitati, sia per la concessione, da parte di alcuni accordi regionali, di un'adesione facoltativa alle UCCP, sia per l'ammissione di un collegamento dei medici con le UCCP solamente di tipo digitale. L'Atto di indirizzo da poco predisposto dal Comitato di settore comparto Regioni-Sanità, atteso da tempo

regolata l'attività dei medici di assistenza penitenziaria. Nel 2020, secondo l'Annuario statistico del SSN, in Italia erano presenti 41.707 medici generici (uno ogni 1.251 residenti, rispetto a un massimale di 1.500 pazienti per ogni medico), 7.285 pediatri (uno ogni 970 bambini residenti), 11.404 medici di continuità assistenziale (*ex* guardia medica). Il numero dei medici d'emergenza sanitaria territoriale è di poco inferiore a 3.000 unità (come risulta dalla risposta dell'allora Sottosegretario Andrea Costa all'Interrogazione a risposta immediata in Commissione 5-08293, Camera dei deputati).

come lo strumento per realizzare il riordino della medicina generale, non sembra apportare significative novità, come si vedrà meglio più avanti.

4. I primi passi verso l'attuazione dei progetti di investimento del PNRR

4.1 Il riparto delle risorse

Uno dei primi essenziali passi per l'attuazione degli investimenti del PNRR è il riparto delle risorse tra le Regioni e le Province autonome, principali soggetti attuatori della Missione Salute. Per la prima componente di tale Missione, sono ritenuti territorializzabili 6,675 miliardi dei 7 complessivamente previsti³⁹. Di questi, 3,205 sono stati attribuiti con il decreto del Ministero della Salute del 20 gennaio 2022. Con riguardo a ulteriori 2,72 miliardi, relativi all'assistenza domiciliare, il 21 dicembre 2022 è stata sancita l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni sul riparto⁴⁰. Tuttavia, l'accordo è stato condizionato, da parte delle Regioni, all'accettazione di alcune richieste su cui si tornerà poco oltre. Il decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze

del 23 gennaio 2023 prevede l'assegnazione di tutti i finanziamenti per l'assistenza domiciliare e il raggiungimento degli obiettivi nel 2025, in modo da assicurare la rendicontazione del risultato nei mesi successivi. Restano da ripartire tra le Regioni i finanziamenti per la telemedicina, pari a 750 milioni.

Inoltre, per quanto riguarda il FoC, sono considerati territorializzabili 399 milioni su 500. Si tratta di: 378 milioni per il rafforzamento delle strutture e dei servizi del Sistema Nazionale di Prevenzione Ambiente, Salute e Clima (SPNS-SPNA), ripartiti a fine dicembre 2021⁴¹ tra i destinatari istituzionali, ovvero Assessorati alla sanità (circa 8 milioni), ASL (246 milioni), Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IZS) (1 milione) e Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (122 milioni⁴²); 21 milioni per la promozione e attuazione di progetti di ricerca applicata multidisciplinare in specifiche aree di intervento⁴³, assegnati tramite avviso pubblico del Ministero della Salute del giugno 2022⁴⁴. In entrambi i casi è stato esplicitato il criterio del vincolo di

³⁹ Si veda Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCoe) (2022a).

⁴⁰ Tale intesa tiene anche conto dei 500 milioni annui di finanziamenti per l'assistenza domiciliare e gli infermieri di comunità assegnati dal DL 34/2020, necessari a raggiungere l'obiettivo del PNRR.

⁴¹ Con il Piano operativo allegato all'accordo sottoscritto tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Ministero della Salute (si veda DPCoe, 2022a).

⁴² Per la prima *tranche* del finanziamento, pari a 51,5 milioni, è stato presentato un avviso pubblico nel marzo 2022, che contempla anche una quota per l'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (Ispra). A partire da una ricognizione delle proposte di intervento, i finanziamenti sono stati ripartiti in base a un indice salute, un indice ambiente e un indice clima, tutti rimodulati per

assicurare almeno il 40 per cento delle risorse al Mezzogiorno.

⁴³ Questo progetto è stato inserito in un secondo momento tra quelli territorializzabili (DPCoe, 2022b).

⁴⁴ Nell'Avviso si prevedeva che le proposte fossero presentate dalle Regioni e Province autonome come capofila, mentre avrebbero potuto svolgere il ruolo di unità operative, oltre ad altre Regioni, gli enti del SSN, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), pubblici e privati, gli Istituti zooprofilattici sperimentali (IIZZSS), l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL), l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), le Università, gli enti di ricerca pubblici, gli enti del terzo settore e i soggetti privati *no profit* che rispettano la normativa europea relativa agli aiuti di Stato.

destinazione di almeno il 40 per cento dei finanziamenti al Mezzogiorno.

Tornando ai finanziamenti del PNRR, la distribuzione di quelli sino a ora ripartiti tra le Regioni (5,9 miliardi su 6,675) è riportata nella tabella 5. La percentuale complessiva concessa al Mezzogiorno risulta pari al 42,8 per cento.

Il criterio fondamentale di riparto adottato con il Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 è stato quello delle quote di accesso previste per la distribuzione del Fondo sanitario nazionale 2021 (basate a loro volta sulla distribuzione della

popolazione, parzialmente pesata per l'età), con un riproporzionamento necessario per soddisfare il vincolo di assicurare al Mezzogiorno almeno il 40 per cento delle risorse. Per alcuni investimenti sono stati tuttavia applicati ulteriori criteri specifici: nel caso delle COT si è tenuto conto dell'obiettivo di assicurarne almeno una ogni 100.000 abitanti (e dunque la quota del Mezzogiorno è scesa al 34 per cento); per le Case della comunità, in considerazione del maggiore fabbisogno del Mezzogiorno, la riserva di risorse è stata incrementata al 45

Tab. 5 – Il riparto dei finanziamenti tra le Regioni e le Province autonome
(milioni di euro e percentuali)

	Case della comunità	COT	Ospedali della comunità	Assistenza domiciliare	Totale	Quote sul totale
Piemonte	121,8	14,7	66,4	184,7	387,6	6,5%
Valle d'Aosta	3,5	0,3	1,9	9,3	15,1	0,3%
Lombardia	277,2	34,4	151,2	488,7	951,5	16,1%
PA Bolzano	14,4	1,7	7,8	34,9	58,8	1,0%
PA Trento	15,0	1,7	8,2	23,5	48,4	0,8%
Veneto	135,4	16,7	73,9	74,2	300,1	5,1%
Friuli-Venezia Giulia	34,3	4,1	18,7	51,4	108,5	1,8%
Liguria	44,0	5,1	24,0	80,2	153,4	2,6%
Emilia-Romagna	124,7	15,3	68,0	53,0	261,0	4,4%
Toscana	104,2	12,6	56,8	52,4	226,1	3,8%
Umbria	24,6	3,1	13,4	41,3	82,4	1,4%
Marche	42,5	5,1	23,2	74,1	144,9	2,4%
Lazio	158,5	20,1	86,5	383,2	648,2	10,9%
Abruzzo	58,9	4,4	26,2	73,5	163,1	2,8%
Molise	13,8	1,0	6,1	13,3	34,2	0,6%
Campania	249,7	19,8	111,0	314,1	694,6	11,7%
Puglia	177,2	13,6	78,8	251,7	521,4	8,8%
Basilicata	25,0	2,0	11,1	30,3	68,5	1,2%
Calabria	84,7	6,5	37,6	128,7	257,5	4,3%
Sicilia	217,0	16,7	96,4	251,2	581,4	9,8%
Sardegna	73,7	5,5	32,7	106,2	218,0	3,7%
Totale	2.000,0	204,5	1.000,0	2.720,0	5.924,5	100,0%
Totale mezzogiorno	900,0	69,5	400,0	1.169,1	2.538,6	42,8%
Quota Mezzogiorno	45,0%	34,0%	40,0%	43,0%	42,8%	

Fonte: Decreto del Ministro della Salute del 20 gennaio 2022 e Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 gennaio 2023.

per cento. Per quanto concerne l'assistenza domiciliare, le Regioni più avanzate in questo campo (individuate anche nella tabella 2) hanno preteso una compensazione, da tradurre in 250 milioni di finanziamento del fabbisogno del SSN da vincolare a loro vantaggio, per accettare un riparto volto a favorire il riequilibrio territoriale (che ha destinato quasi il 43 per cento delle risorse al Mezzogiorno). Si evidenzia in questo caso una mancata comprensione del significato e degli effetti di un processo di pareggiamento del livello dei servizi in tutto il Paese, che richiede inevitabilmente uno sforzo collettivo per garantire le risorse necessarie nelle aree più deboli.

Il decreto di riparto del gennaio scorso era stato approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome condizionatamente all'impegno da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze a distribuire in seguito i finanziamenti per l'assistenza domiciliare in base al numero di anziani di età superiore a 65 anni – pur assicurando il rispetto della quota di almeno il 40 per cento per il Mezzogiorno – e tenendo conto di specifiche difficoltà per le singole Regioni a raggiungere l'obiettivo del 10 per cento degli anziani assistiti⁴⁵ (specificando che l'obiettivo avrebbe potuto essere perseguito utilizzando oltre ai fondi del PNRR anche il finanziamento del SSN). Il decreto del 23 gennaio 2023 stabilisce dunque che il 75 per cento dei finanziamenti venga distribuito in base alla quota della popolazione residente di età superiore a 65 anni rispetto a quella italiana della

stessa età (prevalenza della popolazione di età superiore a 65 anni in ogni Regione) e il 25 per cento in base al fabbisogno, ovvero considerando la condizione di partenza delle diverse Regioni e la distanza dall'obiettivo del 10 per cento di presa in carico dei soggetti di età superiore a 65 anni⁴⁶. La tabella 6 mostra le variazioni attese, in termini di percentuale di assistiti presi in carico, nelle diverse Regioni, rispetto alla situazione fotografata dai dati SIAD al 2019 (riportata nella tabella 3).

Questa impostazione, che mira al 10 per cento come obiettivo da rispettare in tutte le Regioni e non solo a livello nazionale, ha incontrato l'opposizione di alcune di esse. Per superarla la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha condizionato l'Intesa a una sorta di compensazione per Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Molise, che dovrebbero recuperare la penalizzazione attraverso la destinazione di una quota del finanziamento indistinto pari a circa 250 milioni annui, per gli anni 2023-25, a quello vincolato, in particolare a beneficio delle stesse quattro Regioni.

4.2 *L'attuazione degli investimenti per le Case della comunità, gli Ospedali di comunità e le COT*

A fine maggio 2022 sono stati approvati i Contratti istituzionali di sviluppo (CIS) di tutte le Regioni⁴⁷, che riguardano i tre investimenti PNRR della prima componente della Missione Salute, oltre ad altri

⁴⁵ Si veda il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome "Posizione sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante la ripartizione programmatica delle risorse alle Regioni e alle Province autonome per i progetti del piano nazionale di ripresa e resilienza e del piano per gli investimenti complementari PNRR", 12 gennaio 2022, 22/04/SR01/C7.

⁴⁶ Si intende arrivare in tutte le Regioni in prossimità del 10 per cento, prevedendo di portare al 9,48 per cento le quote inferiori e al 10,98 per cento quelle superiori.

⁴⁷ Per approfondimenti sul processo di approvazione degli schemi di CIS e di Piano operativo e sulle relative caratteristiche si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2022a).

Tab. 6 – Assistenza domiciliare: l'incremento delle prese in carico per Regione
(percentuale di assistiti con almeno 65 anni)

	Monitor 45, Agenas (SIAD) 2019	Decreto del 23/01/2023 2025	Differenza
Piemonte	5,5	10,2	4,7
Valle d'Aosta	0,8	9,5	8,7
Lombardia	4,8	9,5	4,7
Prov. auton. Bolzano	0,4	9,5	9,1
Prov. auton. Trento	6,0	9,5	3,5
Veneto	8,8	11,0	2,2
Friuli-Venezia Giulia	5,6	10,5	4,9
Liguria	3,6	9,5	5,9
Emilia-Romagna	9,2	11,0	1,8
Toscana	8,3	11,0	2,7
Umbria	4,3	9,5	5,2
Marche	3,9	9,5	5,6
Lazio	2,5	9,5	7,0
Abruzzo	4,8	10,4	5,6
Molise	7,2	11,0	3,8
Campania	2,7	9,5	6,8
Puglia	2,6	9,5	6,9
Basilicata	5,1	10,5	5,4
Calabria	2,0	9,5	7,5
Sicilia	4,9	10,3	5,4
Sardegna	4,0	9,5	5,5
ITALIA	5,1	10,0	4,9

Fonte: Enrichens *et al.* (2021); Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 gennaio 2023.

interventi relativi alla seconda componente⁴⁸.

Nelle tabelle 7 e 8 sono riportati sulla sinistra, rispettivamente per le Case della comunità e per gli Ospedali di comunità: le informazioni presentate nel precedente paragrafo sulla disponibilità al 2020 di strutture simili a quelle che si intende realizzare (Case della salute e Ospedali di comunità dichiarati attivi); il numero di strutture indicato nel decreto di riparto come *target* regionale; quello

corrispondente agli obiettivi individuati nei CIS (che distinguono tra gli interventi per edificare e quelli per ristrutturare o riconvertire); l'ampiezza media della popolazione servita nei due casi (residenti al 1° gennaio 2022).

Va osservato che i *target* coerenti con la distribuzione dei finanziamenti, dato il costo medio unitario, implicano un numero medio di abitanti serviti generalmente minore nel Mezzogiorno, che gode del vincolo di almeno il 40 per cento delle risorse,

⁴⁸ Le Regioni hanno integrato i finanziamenti con circa 460 milioni per le Case della comunità, gli Ospedali di comunità e le COT. Per quanto riguarda le prime, i finanziamenti regionali più elevati sono stati assegnati da alcune Regioni del Centro-Nord. Nel caso degli Ospedali di comunità e delle COT la maggior parte delle Regioni che utilizza anche fondi

propri è collocata nel Mezzogiorno. Va tuttavia segnalato che il cofinanziamento della Lombardia, che supera i 200 milioni, non è distinto tra Case della comunità, Ospedali di comunità e COT.

innalzato tra l'altro al 45 per cento per le Case della comunità⁴⁹.

Per queste ultime, i CIS prevedono complessivamente di andare oltre il *target*, con ulteriori 80 strutture (21 al Nord, 35 al Centro e 24 nel Mezzogiorno). Il numero medio di residenti per Casa della comunità si ridurrebbe significativamente soprattutto in alcune Regioni piccole – principalmente la Valle d'Aosta, che raddoppia l'obiettivo

portandolo da 2 a 4, ma anche il Molise – e nel Lazio. Va tuttavia osservato che solo in 309 casi si mira a edificare *ex novo*, in quanto in 1.121 casi (il 78 per cento del totale) si tratterebbe di ristrutturare edifici già esistenti. Evidentemente si ritiene di poter utilizzare, in molti casi, locali diversi dalle 493 Case della salute già disponibili, con percentuali di ristrutturazioni abbastanza uniformi tra le macroaree (76

Tab. 7 – Case della comunità
(numero di strutture e bacino di utenza)

	Case della salute dichiarate attive			DM 20 gennaio 2022				Case della comunità previste dal CIS				Totale strutture di prossimità dopo il PNRR			
	Ricognizione 2020	Target regionale	Residenti per struttura	Da edificare	Da ristrutturare	Totale	Residenti per struttura	Minimo (h=a+f-min(a,e))	Residenti per struttura (i)	Massimo (l=a+f)	Residenti per struttura	Residenti per struttura			
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)					(m)			
Piemonte	71	82	51.907	16	66	82	51.907	87	48.924	153	27.819				
Valle d'Aosta	0	2	61.680		4	4	30.840	4	30.840	4	30.840				
Lombardia	0	187	53.171	48	151	199	49.965	199	49.965	199	49.965				
PA Bolzano	0	10	53.262	6	4	10	53.262	10	53.262	10	53.262				
PA Trento	0	10	54.096	3	7	10	54.096	10	54.096	10	54.096				
Veneto	77	91	53.272	24	71	95	51.029	101	47.997	172	28.185				
Friuli-Venezia Giulia	0	23	51.941	9	14	23	51.941	23	51.941	23	51.941				
Liguria	4	30	50.308	2	30	32	47.163	32	47.163	36	41.923				
Emilia-Romagna ⁽¹⁾	124	84	52.683	24	61	85	52.063	148	29.901	209	21.174				
Toscana	76	70	52.331	38	39	77	47.574	114	32.133	153	23.942				
Umbria	8	17	50.518		17	17	50.518	17	50.518	25	34.352				
Marche	21	29	51.281	6	23	29	51.281	29	51.281	50	29.743				
Lazio	22	107	53.410		135	135	42.332	135	42.332	157	36.401				
Abruzzo	n.d.	40	31.899	7	33	40	31.899	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.				
Molise	6	9	32.461	1	12	13	22.473	13	22.473	19	15.376				
Campania	0	169	33.281	47	125	172	32.700	172	32.700	172	32.700				
Puglia	0	120	32.691	38	83	121	32.421	121	32.421	121	32.421				
Basilicata	1	17	31.833	10	9	19	28.483	19	28.483	20	27.058				
Calabria	13	57	32.552	5	56	61	30.417	61	30.417	74	25.074				
Sicilia	55	146	33.105	13	143	156	30.983	156	30.983	211	22.907				
Sardegna	15	50	31.748	12	38	50	31.748	50	31.748	65	24.422				
Totale	493	1.350	43.726	309	1.121	1.430	41.280	1.430	41.280	1.923	30.697				

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome; Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

(1) Con i fondi regionali si finanzia una ulteriore Casa della comunità.

⁴⁹ Malgrado il numero di residenti per struttura oscilli da regione a regione, con valori difforni dalla macroarea di appartenenza soprattutto per le meno popolate, sia perché il riparto non è basato su una

quota capitaria semplice (bensì parzialmente pesata per l'età), sia in quanto le strutture non sono frazionabili.

Tab. 8 – Ospedali di comunità
(numero di strutture e bacino di utenza)

	Ospedali comunità dichiarati attivi		DM 20 gennaio 2022		Ospedali previsti dal CIS			Totale Ospedali di comunità dopo il PNRR			
	Ricognizione 2020	Target regionale	Residenti per struttura	Da edificare	Da riconvertire	Totale	Residenti per struttura	Minimo (h=a+f-min(a,e))	Residenti per struttura (i)	Massimo (l=a+f)	Residenti per struttura (m)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)				
Piemonte	5	27	157.643	3	24	27	157.643	27	157.643	32	133.011
Valle d'Aosta ⁽¹⁾	0	1	123.360		1	1	123.360	1	123.360	1	123.360
Lombardia	20	60	165.717	14	52	66	150.652	66	150.652	86	115.616
PA Bolzano	0	3	177.539	3		3	177.539	3	177.539	3	177.539
PA Trento	0	3	180.319	1	2	3	180.319	3	180.319	3	180.319
Veneto	69	30	161.592	2	33	35	138.507	71	68.278	104	46.613
Friuli-Venezia Giulia	0	7	170.664	4	3	7	170.664	7	170.664	7	170.664
Liguria	1	10	150.923	2	9	11	137.202	11	137.202	12	125.769
Emilia-Romagna	26	27	163.902	13	14	27	163.902	39	113.471	53	83.497
Toscana	20	23	159.269	11	13	24	152.633	31	118.167	44	83.254
Umbria	0	5	171.762		5	5	171.762	5	171.762	5	171.762
Marche	14	9	165.239	3	6	9	165.239	17	87.479	23	64.659
Lazio	0	35	163.282	1	35	36	158.747	36	158.747	36	158.747
Abruzzo	5	10	127.595	2	9	11	115.995	11	115.995	16	79.747
Molise	2	2	146.075		2	2	146.075	2	146.075	4	73.038
Campania	1	45	124.987	18	30	48	117.175	48	117.175	49	114.784
Puglia	0	31	126.546	11	27	38	103.235	38	103.235	38	103.235
Basilicata	0	5	108.234	1	4	5	108.234	5	108.234	5	108.234
Calabria	0	15	123.697	1	19	20	92.773	20	92.773	20	92.773
Sicilia	0	39	123.932	3	40	43	112.403	43	112.403	43	112.403
Sardegna	0	13	122.109		13	13	122.109	13	122.109	13	122.109
Totale	163	400	147.575	93	341	434	136.014	434	136.014	597	98.878

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome, Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021).

(1) Un altro Ospedale della comunità sarebbe finanziato con risorse proprie ancora non definite, in attesa di verifica di fattibilità.

per cento al Nord, 83 per cento al Centro e 79 per cento nel Mezzogiorno). Pertanto, anche le Regioni prive di Case della salute riescono a ridimensionare il numero di nuovi edifici da costruire *ex novo*, comprimendo il costo medio unitario effettivo degli investimenti.

Per gli Ospedali della comunità la situazione è abbastanza simile. L'obiettivo è stato portato da 400 a 434 con i CIS (con 12 strutture in più al Nord, 2 al Centro e 20 nel Mezzogiorno). La Calabria, la Puglia e il Veneto registrano il maggiore incremento

relativo del numero di strutture (e la più forte riduzione del numero di residenti per struttura). Solo 93 strutture devono essere edificate, mentre 341 saranno riconvertite (il 79 per cento del totale a livello nazionale, il 77 per cento al Nord e l'80 per cento al Centro e nel Mezzogiorno), molte più delle 163 strutture intermedie già disponibili.

Nelle ultime colonne a destra delle tabelle 7 e 8 si presenta il risultato di un calcolo del numero di strutture che potrebbero risultare fruibili una volta realizzato il PNRR, tenendo conto del fatto che gli interventi di

ristrutturazione o riconversione potrebbero essere effettuati sulle Case della salute o sugli Ospedali di comunità la cui presenza era già accertata al momento della ricognizione oppure su altri immobili. Il totale sarà compreso tra un minimo, ottenuto ipotizzando che tali interventi siano realizzati prioritariamente utilizzando le Case della salute e gli Ospedali di comunità già disponibili nelle Regioni, ove ve ne siano, e un massimo, che si avrebbe qualora tutti gli interventi fossero svolti su strutture diverse da quelle già individuate nella ricognizione, realizzando servizi addizionali rispetto a queste ultime. In realtà non si può nemmeno escludere che alcune delle strutture precedentemente disponibili vengano chiuse o comunque usate per altri scopi, eventualmente in quanto non adeguate agli standard previsti per le Case della comunità e gli Ospedali di comunità.

Se si considera la sovrapposizione tra le nuove strutture e quelle preesistenti, nell'ipotesi che queste ultime, riqualificate o meno, vengano comunque utilizzate come Case della comunità o Ospedali di comunità (e non abbandonate o destinate ad altri usi), si osserva che la dotazione complessiva di Case della comunità definita come minima manterrebbe il vantaggio del Mezzogiorno in termini di popolazione servita in media da ogni struttura, con le eccezioni dell'Emilia-Romagna, che dispone del maggior numero di Case della salute, e della Toscana, che pure ne ha un numero elevato e si propone di edificare molte nuove strutture⁵⁰, il cui bacino di utenza scenderebbe decisamente sotto la media. Nell'ipotesi massima la

situazione migliorerebbe ancora nelle Regioni che già dispongono di servizi di prossimità e il numero medio di residenti per struttura a livello nazionale si ridurrebbe significativamente rispetto al caso precedente, mentre le distanze tra gli Enti territoriali aumenterebbero. Altre Regioni del Centro-Nord, quali il Piemonte, il Veneto e le Marche, potrebbero assicurare bacini di utenza inferiori alla media, sfruttando tutte le Case della salute disponibili e attrezzando anche altri locali per farne Case della comunità, mentre Campania e Puglia questa volta si collocherebbero sopra la media. Per gli Ospedali di comunità valgono considerazioni in parte simili. Il Veneto, le Marche, l'Emilia-Romagna e la Toscana, che dispongono di Ospedali della comunità in numero superiore alle strutture da riconvertire, si sposterebbero al di sotto della media anche nell'ipotesi minima; le prime due Regioni registrerebbero il minor numero di residenti per Ospedale di comunità. Considerando poi il livello massimo, ipotesi che provocherebbe una diminuzione di quasi 40.000 residenti per struttura, le Regioni che già dispongono di Ospedali di comunità, collocate per lo più al Nord e al Centro, si avvantaggerebbero notevolmente. La distanza tra le Regioni crescerebbe, con un bacino di utenza inferiore alla metà della media in Veneto e molte Regioni del Mezzogiorno che la oltrepasserebbero.

Per quanto riguarda le COT (tab. 9), il finanziamento riguarda⁵¹ la realizzazione delle 600 strutture previste (cui sono stati destinati circa 104 milioni), l'attuazione

⁵⁰ La Valle d'Aosta, come si è visto, era già passata tra quelle con basso bacino di utenza grazie al CIS.

⁵¹ Decreto del Ministro della Salute del 1° aprile 2022 di ripartizione degli interventi e sub-interventi

di investimento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) a titolarità del Ministero della Salute.

Tab. 9 – COT: finanziamenti e *target*
(milioni di euro e numero di strutture)

	DM 20 gennaio 2022		CIS	
	Target	Residenti per struttura	Fabbisogno	Residenti per struttura
Piemonte	43	98.985	43	98.985
Valle d'Aosta	1	123.360	1	123.360
Lombardia	101	98.446	101	98.446
PA Bolzano	5	106.523	5	106.523
PA Trento	5	108.192	5	108.192
Veneto	49	98.934	49	98.934
Friuli-Venezia Giulia	12	99.554	12	99.554
Liguria	15	100.615	16	94.327
Emilia-Romagna	45	98.341	45	98.341
Toscana	37	99.005	37	99.005
Umbria	9	95.424	9	95.424
Marche	15	99.143	15	99.143
Lazio	59	96.862	59	96.862
Abruzzo	13	98.150	13	98.150
Molise	3	97.383	3	97.383
Campania	58	96.973	65	86.530
Puglia	40	98.074	40	98.074
Basilicata	6	90.195	6	90.195
Calabria	19	97.655	21	88.355
Sicilia	49	98.639	50	96.667
Sardegna	16	99.213	16	99.213
Totale	600	98.384	611	96.612

Fonte: DM 20 gennaio 2022, CIS tra il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome.

dell'interconnessione aziendale (43 milioni), l'acquisizione di dispositivi di supporto per operatori e pazienti (58 milioni), un progetto pilota per i servizi di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria (50 milioni) e il potenziamento del portale della trasparenza (25 milioni). La tabella mostra che, rispetto ai *target* del PNRR, i CIS prevedono l'attivazione di 11 strutture in più (di cui 7 in Campania, 2 in Calabria, 1 in Sicilia e 1 in Liguria). Il bacino di utenza, come emerge dal decreto di riparto (mirato, come si è visto sopra, ad assicurare almeno una COT ogni 100.000 residenti), è in media appena inferiore all'obiettivo minimo (poiché la popolazione italiana non raggiunge i 60 milioni di

abitanti) e oscilla tra le Regioni⁵². Con i CIS la Liguria scende sotto i 100.000 residenti per Ospedale di comunità e la Campania, la Calabria e la Sicilia, già collocate al di sotto dell'obiettivo, riducono ulteriormente il bacino di utenza.

Le procedure per la realizzazione/riqualificazione delle nuove strutture sono state avviate.

L'Agenzia nazionale per lo sviluppo (Invitalia), che offre supporto tecnico-operativo agli enti attuatori per l'attuazione degli investimenti previsti dai CIS, in qualità di centrale di committenza ha pubblicato nel luglio 2022, con scadenza 14 settembre, tre procedure di gara per l'aggiudicazione di accordi quadro con più operatori economici, che riguardano servizi

⁵² Le differenze tra le Regioni sono dovute alla non frazionabilità delle strutture.

tecnici e lavori relativi alle Case della comunità, alle COT e agli Ospedali di comunità (oltre che agli investimenti della seconda componente della Missione Salute relativi agli interventi antisismici per gli ospedali). Gli accordi quadro sono suddivisi in lotti geografici e sub-lotti relativi alle singole prestazioni necessarie (servizi tecnici; servizi di verifica della progettazione; lavori; lavori in appalto integrato e servizi di collaudo). Invitalia gestisce le procedure per 16 Regioni e Province autonome e 101 enti sanitari; in queste Regioni il 76 per cento delle Case della comunità e l'80 per cento degli Ospedali della comunità sono gestiti con l'accordo quadro. Si tratta complessivamente di 1.189 interventi infrastrutturali e più di 3,2 miliardi di finanziamenti. L'assegnazione dei progetti idonei per indizione di gara ai fini della realizzazione delle Case della comunità e degli Ospedali di comunità dovrebbe essere effettuata entro marzo 2023; la scadenza per le COT era a fine 2022⁵³, ma si osserva un ritardo. I soggetti che non hanno aderito alle procedure Invitalia possono comunque utilizzare documenti progettuali tipologici resi disponibili su una apposita piattaforma (relativi a capitolati di gara, schema contratto, cronoprogrammi) volti a uniformare e semplificare le procedure.

Quanto agli altri interventi previsti, secondo l'Accordo tra Ministero della Salute, AGENAS e Dipartimento per la trasformazione digitale della Presidenza del Consiglio dei ministri del 31 dicembre 2021⁵⁴, AGENAS è soggetto attuatore per i progetti di intelligenza artificiale e il portale della trasparenza e deve fornire supporto tecnico e operativo alle Regioni per la realizzazione delle altre azioni contemplate ai fini dell'attuazione delle COT.

Con tale accordo sono stati definiti e approvati i piani operativi relativi ai progetti per l'intelligenza artificiale e il portale della trasparenza. Il potenziamento di quest'ultimo è rivolto a migliorare l'accessibilità e fruibilità delle informazioni fornite al cittadino, integrando le

fonti esistenti. Quanto all'altro progetto, l'AGENAS il 21 ottobre 2022 ha pubblicato l'Avviso di indizione di una procedura di dialogo competitivo per l'affidamento di un contratto avente a oggetto la progettazione di dettaglio, la realizzazione, la messa in esercizio e la gestione di una piattaforma di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza sanitaria primaria, con scadenza prorogata al 16 dicembre. Il valore totale stimato dell'appalto è di 37,75 milioni al netto di IVA, la durata del contratto è fino alla fine del 2026, rinnovabile per 4 anni.

4.3 *La realizzazione degli interventi per l'assistenza domiciliare*

Nel caso dell'assistenza domiciliare (sub-investimento 1.2.1), il PNRR non è volto a finanziare spese in conto capitale, bensì quelle correnti per coprire gli oneri della presa in carico di nuovi assistiti in misura via via crescente. Si tratta essenzialmente di costi di personale dipendente e/o convenzionato, collaborazioni oppure acquisto di servizi mediante convenzioni⁵⁵, anche in relazione ai diversi modelli regionali di gestione dell'assistenza domiciliare. Per raggiungere il *target* di almeno 800.000 ulteriori prese in carico vengono utilizzati anche i finanziamenti del DL 34/2020. Come si è visto, è previsto un riequilibrio territoriale, in quanto ci si propone di portare tutte le Regioni su livelli vicini al 10 per cento di assistiti oltre 65 anni di età presi in carico.

Si ricorda che il PNRR presentato il 30 aprile 2021 alla Commissione europea stimava il costo annuo a regime, nel 2026, della presa in carico di 807.970 assistiti in circa 1,6 miliardi e dunque il costo medio per assistito risultava pari a 1.980 euro⁵⁶. Gli oneri erano stimati utilizzando come

⁵³ Si veda la Seconda Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ Si veda anche la Relazione tecnica al DL 34/2020.

⁵⁶ La Relazione tecnica al DL 34/2020 indicava invece un costo medio di 2.330 euro per assistito, stimato sugli anni 2017-18, che diminuiva tuttavia a

riferimento l'esperienza, considerata di *best practice*, dell'Emilia-Romagna, del Veneto e della Toscana; tuttavia, come si è visto nel paragrafo 3, queste Regioni, che pure presentano un elevato numero di casi trattati rispetto ai residenti di età superiore a 65 anni, mostrano un livello medio di intensità assistenziale piuttosto basso e, pertanto, ai fini del PNRR è stata ipotizzata una quota di assistiti a livello base del 60 per cento. È stato a tale proposito già segnalato in passato il rischio di una sottovalutazione dell'intensità assistenziale media da erogare⁵⁷.

Il decreto di riparto adotta un costo medio ponderato per la presa in carico a domicilio pari a 1.977,94 euro (vicino ai 1.980 del PNRR presentato ad aprile 2021), cui si risale semplicemente dividendo la spesa prevista per l'ultimo anno (1,6 miliardi) per l'aumento di assistiti indicato come obiettivo (pari a 808.827).

Il decreto per il riparto dei finanziamenti per l'assistenza domiciliare del 23 gennaio scorso prevede che il Ministero della Salute si avvalga di AGENAS per il monitoraggio degli obiettivi e che le Regioni forniscano i dati del flusso SIAD. Le risorse saranno attribuite, al netto delle anticipazioni, in base all'esito positivo delle verifiche. I finanziamenti possono essere ridotti o revocati in caso di riduzione del sostegno da parte della Commissione europea o di inerzia o ritardo nella presentazione dei dati di monitoraggio. Inoltre viene sottolineato che le Regioni si impegnano a erogare le prestazioni domiciliari attraverso gli enti pubblici o le strutture accreditate.

Infine, il sub-investimento 1.2.3 – che riguarda lo sviluppo della telemedicina per garantire un migliore supporto ai pazienti cronici – comprende i progetti per gestire l'interazione a distanza medico-paziente

circa 1.800 ipotizzando che una parte dei soggetti coinvolti (quasi un quarto) fosse già trattata nell'ambito di altre forme di assistenza, come quella semi-residenziale, il cui ridimensionamento avrebbe prodotto dei risparmi.

con riguardo, in particolare, a diagnostica e monitoraggio (750 milioni) e la creazione di una piattaforma nazionale (250 milioni) per assicurare l'interoperabilità e garantire standard comuni tra le Regioni, colmando i divari. AGENAS è soggetto attuatore per questo intervento.

Le linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare, la cui emanazione rappresenta una *milestone*, sono state approvate a fine aprile 2022⁵⁸. A settembre poi sono state approvate anche le linee guida per i servizi di telemedicina, contenenti i requisiti funzionali e i livelli di servizio per tutte le soluzioni di telemedicina la cui adozione è finanziata con le risorse del PNRR relative al sub-investimento 1.2.3, volte a supportare dal punto di vista tecnico le Regioni e le Province autonome nella definizione dei progetti, a favorire l'omogeneità a livello nazionale e l'efficienza delle soluzioni. Sono stati individuati come servizi minimi la tele visita, il teleconsulto/teleconsulenza, il telemonitoraggio e la teleassistenza.

Inoltre, va ricordato il decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro delegato per l'innovazione e la transizione tecnologica e digitale, del 30 settembre, concernente le procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di

⁵⁷ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2022a).

⁵⁸ *Ibidem*.

telemedicina e l'adozione delle linee di indirizzo per i servizi di telemedicina.

Il decreto prevedeva che ogni Regione elaborasse un piano operativo, con indicazione del relativo fabbisogno, che avrebbe potuto contenere anche soluzioni già presenti sul territorio regionale. I piani sono stati presentati. Spetta a una commissione tecnica di valutazione presieduta da un dirigente di AGENAS e supportata da questa stessa agenzia la valutazione delle proposte delle Regioni⁵⁹. Le risorse saranno assegnate a queste ultime con decreto interministeriale. Le Regioni, una volta approvati i piani, per ottenere il finanziamento del PNRR con riferimento all'acquisizione delle soluzioni di telemedicina che non sono già attive potranno esclusivamente fare ricorso alle gare delle Regioni capofila, Lombardia e Puglia, che provvederanno anche attraverso le proprie centrali di committenza, tramite accordi di convenzione con le Regioni interessate.

Infine AGENAS ha deciso di procedere tramite un partenariato pubblico privato (PPP) per la progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della piattaforma.

Il 18 marzo 2022 è stato pubblicato l'avviso pubblico per manifestazione di interesse per la presentazione di proposte di PPP per l'affidamento della concessione (massimo 10 anni) per la progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di telemedicina PNRR. Come soggetto promotore (delibera direttoriale n. 398 del 22 settembre 2022) è stato individuato il raggruppamento temporaneo di imprese formato da Poste Italiane, Dedalus, Engineering, Althea e Almagora. Quindi è stata avviata la procedura di gara per l'individuazione dell'operatore economico cui affidare il servizio (con diritto di prelazione per il soggetto promotore). Il contratto è stato recentemente firmato da AGENAS con il raggruppamento temporaneo di imprese Engineering Ingegneria Informatica e Almagora.

⁵⁹ AGENAS ha predisposto anche le Linee di indirizzo, allegate al decreto, che tra l'altro definiscono le aree cliniche finanziabili.

4.4 La realizzazione degli interventi relativi al Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici

Per l'istituzione del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), finanziata con le apposite risorse del FoC (500 milioni), sono già intervenuti il DL 36/2022 e il decreto del Ministro della Salute del 9 giugno 2022.

Con il decreto legge è stato istituito il SNPS che, nell'ambito dell'approccio *One Health* e *Planetary Health* e interagendo con il Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente (SNPA), concorre alla prevenzione primaria e alla promozione della salute, nonché al controllo dei rischi sanitari legati a determinanti ambientali e climatici, anche connessi a cambiamenti socio-economici. Il DL 36/2022 elenca le funzioni del SNPS e indica i soggetti che ne fanno parte, ovvero i Dipartimenti di prevenzione, insieme alle Regioni (che assicurano il coordinamento tra i Dipartimenti e con le strutture sanitarie e socio-sanitarie e gli altri enti del territorio che concorrono agli obiettivi del sistema), agli IZS, all'Istituto Superiore di Sanità (che ha compiti di coordinamento e supporto tecnico-scientifico), al Ministero della Salute (che ha compiti di indirizzo, programmazione, monitoraggio, comunicazione istituzionale).

Il decreto ministeriale, in attuazione del DL 36/2022, definisce gli specifici compiti dei soggetti facenti parte del SNPS. Non sono tuttavia incluse nell'SNPS le Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA) e la questione cruciale delle modalità di interazione tra SNPS e SNPA è stata rinviata a un successivo DPCM, su proposta del Ministro della Salute e del Ministro della Transizione ecologica, ancora non emanato (che dovrà prevedere l'istituzione di una apposita Cabina di regia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri).

L'investimento del FoC contempla cinque linee di intervento: il rafforzamento del

SNPS e del SNPA attraverso un miglioramento delle infrastrutture, delle capacità umane e tecnologiche e della ricerca applicata (415 milioni); lo sviluppo di programmi operativi pilota in due siti contaminati di interesse nazionale (50 milioni); la formazione continua, anche di livello universitario (6 milioni); la promozione e il finanziamento della ricerca applicata multidisciplinare in specifiche aree di intervento (21 milioni); la creazione della piattaforma di rete digitale nazionale SNPS-SNPA (8 milioni).

Stando al rapporto del Ministero dell'Economia e delle finanze sul FoC al 30 dicembre 2022⁶⁰, l'avvio del rafforzamento delle strutture regionali è stato posticipato e dovrebbe cominciare a essere realizzato entro il primo trimestre del 2023 (nella misura del 5 per cento), insieme al rafforzamento delle strutture nazionali (25 per cento). Per l'attuazione del progetto di promozione e finanziamento di ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-biodiversità-clima sono stati pubblicati due avvisi pubblici. Il primo (30 giugno 2022) contemplava 14 programmi, tra cui era suddiviso l'intero ammontare di 21 milioni (come accennato a proposito della distribuzione territoriale dei fondi). Tuttavia, solo 13 programmi sono stati ammessi al finanziamento (decreto direttoriale del 30 settembre 2022). Il secondo (18 ottobre 2022) riguardava due progetti di valore complessivo inferiore a un milione. L'avvio degli interventi era previsto entro il 2022 e finora ne ha riguardato 10. La stessa scadenza era prevista per l'adozione dei provvedimenti per l'identificazione dei

siti contaminati e la definizione del piano di interventi integrati; nel gennaio 2023 sono stati approvati i requisiti minimi dei siti di interesse nazionale. Invece il provvedimento di adozione del piano di Digitalizzazione della rete SNPS e SNPA è previsto entro la prima metà del 2023 e l'avvio della fase esecutiva delle misure nel campo della formazione, con la messa a punto del centro di formazione Salute, Ambiente e Clima presso l'ISS, andrà effettuato entro il 2023.

5. La riforma: il nuovo disegno della sanità territoriale e del sistema di prevenzione

La procedura di attuazione della riforma prevista nell'ambito della prima componente della Missione Salute del PNRR si è conclusa con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, il 22 giugno 2022, del decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, del 23 maggio 2022, n. 77, di adozione del Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN. Lo schema di decreto era stato approvato attraverso delibera motivata del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022, sostitutiva dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni, per l'urgenza di rispettare la scadenza del PNRR, e in seguito è stato ulteriormente modificato per tenere conto di alcune richieste del Consiglio di Stato.

A metà marzo 2022 le Regioni avevano posto alcune condizioni per l'approvazione dello schema di decreto sui modelli e standard per

⁶⁰ Si veda Ministero dell'Economia e delle finanze (2022).

l'assistenza territoriale⁶¹. In particolare, esse riguardavano: l'attuazione progressiva degli standard, da completare solo nel 2026, in relazione alle risorse disponibili; la garanzia di adeguatezza delle risorse finanziarie e umane per l'attuazione degli stessi standard, con possibilità di assunzione di medici di comunità e delle cure primarie e di medici dei servizi territoriali per le Case della comunità e, in generale, di reclutare personale sanitario e amministrativo con apposita copertura finanziaria e in deroga ai limiti di spesa; la formazione specifica dei medici; la riforma della medicina generale; la determinazione e il riparto dei finanziamenti nell'ambito di un Tavolo con rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle finanze e delle Regioni; l'integrazione successiva degli standard con riferimento a settori che la bozza di decreto non contempla, quali la salute mentale, le dipendenze, la neuropsichiatria infantile. Il Ministro della Salute e il Ministro dell'Economia e delle finanze hanno quindi presentato una nuova versione dell'allegato tecnico a fine marzo, ma neanche questa è stata approvata, per l'opposizione della Campania, malgrado i miglioramenti riconosciuti dalle Regioni, come riportato nelle premesse alla delibera di approvazione. Tali premesse ricordano anche che in Conferenza Stato-Regioni si è unanimemente concordato sul perseguimento progressivo degli standard e modelli organizzativi in relazione alla disponibilità di risorse a legislazione vigente e che il Governo si è impegnato a reperire gradualmente le eventuali ulteriori risorse necessarie, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, in base alle risultanze di un Tavolo di lavoro composto da tutti gli attori istituzionali, volto a valutare le eventuali esigenze organizzative, normative e di personale. Anche la successiva riunione della Conferenza Stato-Regioni del 21 aprile è terminata con una mancata intesa.

Il parere favorevole del Consiglio di Stato, infine, è stato accompagnato dalla segnalazione di una serie di problemi e di esigenze, in particolare: la necessità di distinguere le parti prescrittive del

provvedimento, di natura normativa e cogente, da quelle meramente descrittive, esplicative o esortative; l'utilità di definire alcuni passaggi intermedi essenziali per la realizzazione degli standard, anche se si riconosce che lo strumento per l'attuazione rafforzata degli interventi è il CIS, che tra l'altro ne individua responsabilità, tempi e modalità, come segnalato dalla relazione di analisi di impatto della regolazione (AIR); l'opportunità di attuare un riordino complessivo delle fonti, mancando nello schema di decreto forme di raccordo con la disciplina precedente del SSN, quanto mai articolata e frutto di una stratificazione nel tempo; la complessità istituzionale del processo, che richiede un forte impegno di tutti gli attori coinvolti. Pertanto, l'allegato al decreto contenente i nuovi standard è stato suddiviso in una prima parte con valore descrittivo (allegato 1), una seconda parte, che contiene la ricognizione degli standard, con valore prescrittivo (allegato 2) e una terza parte con il glossario degli acronimi (allegato 3). L'allegato 2, forse anche per offrire qualche indicazione sul collegamento con la disciplina precedente, rimanda inoltre sui diversi aspetti a specifiche disposizioni già in essere, cui vanno raccordati i nuovi standard.

I contenuti del decreto per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria a livello territoriale e le disposizioni per l'istituzione del sistema di prevenzione sono sintetizzati nell'Appendice "Il regolamento sui modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e l'istituzione del SNPS". Per quanto riguarda il nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, ulteriori disposizioni in proposito sono contenute, come si è visto, nel DL 36/2022.

Il processo particolarmente complesso di approvazione del DM 77/2022 ha riflesso le

⁶¹ Si veda la "Posizione sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, concernente il regolamento recante "Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio

sanitario nazionale" – PNRR m6-c1 – riforma 1, reti di prossimità strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 22/47/SR12/C7.

difficoltà insite nella realizzazione di una profonda riforma dell'assistenza territoriale. Le principali criticità possono essere sintetizzate nei seguenti tre punti, che verranno successivamente sviluppati:

- 1) la preoccupazione, da parte delle Regioni, sull'adeguatezza del finanziamento corrente per gestire le nuove strutture e prestazioni – in particolare in relazione alla necessità di dotarle di personale adeguato – e la contrarietà, da parte del Ministero dell'Economia e delle finanze, a dare garanzie su ulteriori, indeterminate coperture finanziarie;
- 2) la mancata definizione del nuovo ruolo che la medicina generale dovrà assumere nell'ambito di un sistema di assistenza territoriale riformato e le forti resistenze a cambiamenti significativi;
- 3) gli aspetti controversi e i limiti insiti nella realizzazione di una riforma nazionale che deve essere recepita e applicata dalle singole Regioni, in una materia di legislazione concorrente.

Di seguito questi aspetti vengono ulteriormente approfonditi.

5.1 Le risorse finanziarie e umane

Per quanto riguarda l'adeguatezza del finanziamento corrente per gestire le nuove

strutture e prestazioni, il decreto esclude nuovi oneri per la finanza pubblica. Nell'allegato 1 si specifica che il finanziamento dei nuovi standard va reperito nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso forme di riorganizzazione aziendale. In relazione alle risorse disponibili sono richiamati il PNRR e il Piano per gli investimenti complementari, con le coperture ivi previste, e la legge di bilancio per il 2022, ricordando le maggiori risorse da questa destinate a potenziare il personale dedicato all'assistenza territoriale e le disposizioni relative ai LEPS e agli Ambiti territoriali sociali (ATS)⁶².

I finanziamenti disponibili per affrontare le spese correnti collegate alla prima componente della Missione Salute del PNRR sono: 1) quelli stanziati dal DL 34/2020, pari a 745 milioni annui, di cui 95 per le Case della comunità, 500 per l'assistenza domiciliare e 151 per le COT; 2) quelli forniti dal PNRR, pari a 2,7 miliardi per l'assistenza domiciliare, distribuiti tra il 2022 e il 2025 in base al decreto di riparto⁶³; 3) quelli indicati dalla legge di bilancio per il 2022 ai fini dell'ulteriore potenziamento del SSN attraverso il reclutamento di personale dipendente e convenzionato, a partire dall'entrata in vigore del Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale, stimati dalla Relazione tecnica in 91 milioni per il 2022, 150 per il 2023, 328 per il 2024, 591 per il 2025 e 1,015 miliardi a decorrere dal 2026 (di cui 787 milioni per le Case della comunità e le Unità di continuità assistenziale, 23 per le COT e 205 per gli Ospedali di comunità), coperti da un aumento del finanziamento del SSN e utilizzabili anche eccedendo i vincoli alla spesa di personale previsti a legislazione vigente.

Dal 2026, quando i fondi del PNRR saranno esauriti, si dovrà reperire nell'ambito dei

⁶² Gli ATS rappresentano la sede in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS e devono farsi carico dell'assistenza domiciliare sociale e dell'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, nonché dei servizi sociali di

sollevio e di supporto per le persone anziane non autosufficienti e relative famiglie (L. 234/2021).

⁶³ Il *sustainability plan* allegato al PNRR presentato nell'aprile 2021 alla Commissione europea suddivideva invece i finanziamenti nel quinquennio 2022-26.

finanziamenti del SSN più di un miliardo per dare continuità ai servizi di assistenza domiciliare. A questo si aggiunge – secondo le stime riportate nella versione del PNRR presentata il 30 aprile 2021 alla Commissione europea – un onere di 239 milioni per il personale degli Ospedali di comunità, a partire dal 2027.

Permane peraltro qualche dubbio sulla valutazione delle risorse necessarie a gestire le nuove strutture e attività, che sembra essere stata fortemente condizionata dal limite dato dalle risorse disponibili⁶⁴. Più in generale, la programmazione finanziaria per il triennio iniziato nel 2023 implica un ridimensionamento della quota del prodotto allocata alla sanità pubblica, che renderebbe difficile potenziarne i servizi, pur tenendo conto di possibili miglioramenti del rapporto costo/efficacia a seguito delle riforme⁶⁵.

Per quanto riguarda il fabbisogno di risorse umane, le preoccupazioni delle Regioni sono chiaramente esplicitate in un documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome⁶⁶ in cui si sottolineano, tra le altre cose, le difficoltà di reperimento del personale sanitario, che dipenderebbero sia da una generale limitata disponibilità di tale personale, sia dalla ridotta attrattività del SSN e dalla preferenza diffusa da parte dei professionisti per rapporti di lavoro diversi da quelli alle dipendenze. Emerge anche la questione della forte differenziazione delle condizioni retributive tra aziende del SSN e della necessità di utilizzare una parte delle

risorse per il personale a fini incentivanti per specifiche finalità.

Va osservato che in seguito, con la legge di bilancio per il 2023, sono stati appostati finanziamenti per incrementare la specifica indennità rivolta al personale operante nei servizi di pronto soccorso (200 milioni annui), ma solo dal 2024, ed è stata posticipata di un anno, a fine 2024, la scadenza prevista dalla legge di bilancio per il 2022 per le procedure di stabilizzazione del personale reclutato a tempo determinato con procedure concorsuali⁶⁷. Tuttavia, è stato anche esteso il regime forfettario per i lavoratori autonomi, rafforzando l'incentivo in favore della libera professione.

Un recente Rapporto dell'AGENAS⁶⁸ sottolinea come in Italia, malgrado un numero complessivamente congruo di medici, risultino carenti alcune specializzazioni e stiano emergendo problemi riguardo alla disponibilità di MMG, mentre la presenza di infermieri sia decisamente insufficiente. A seguito dei limiti posti alle assunzioni l'età media è avanzata e ci si attende a breve un numero elevato di pensionamenti.

Stando al Rapporto AGENAS la quota di MMG sul totale dei medici (la cui densità per abitanti è di poco superiore alla media europea) è relativamente bassa (si collocava secondo dati OCSE al 18 per cento nel 2020, contro il 21 per cento della media UE25). Il loro numero si è ridotto di 2.178 unità tra il 2019 e il 2021 e quello dei PLS di 386 unità (-5 per cento circa in entrambi i casi). La densità appare complessivamente sufficiente in rapporto alla

mantenere più a lungo la validità delle norme che favoriscono i reclutamenti e l'affidamento di incarichi provvisori o di sostituzione di MMG, consentire, fino al 2026, il pensionamento a 72 anni, su richiesta, per i medici in convenzione.

⁶⁸ Si veda AGENAS (2022).

⁶⁴ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2022a).

⁶⁵ Si veda Ufficio parlamentare di bilancio (2022d).

⁶⁶ Si veda Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (2022).

⁶⁷ Il decreto milleproroghe è intervenuto ulteriormente per agevolare le stabilizzazioni,

popolazione, ma la distribuzione è difforme sul territorio, con un numero di assistiti per medico più elevato al Nord e soprattutto con difficoltà nelle zone a bassa densità abitativa o con condizioni orografiche o geografiche disagiate. Alcune Regioni, per ovviare alle carenze, hanno aumentato il massimale, ammettendo il superamento dei 1.500 pazienti per medico. Il rapporto tra gli infermieri e i medici poi nel 2020 era pari a 1,4 in Italia, contro il 2,3 della media europea. Gli infermieri impiegati nel SSN erano 264.686 nel 2020 e, secondo dati del Ministero della Salute riportati da AGENAS (2022), a luglio 2021 risultava l'assunzione di 31.990 infermieri (8.757 a tempo indeterminato) in conseguenza dell'emergenza sanitaria. L'età media del personale medico nel 2020 era di 51,3 anni, di quello infermieristico 47,3.

Il Rapporto sopra citato sottolinea che, nell'esperienza di altri paesi, l'incremento dell'offerta formativa ha rappresentato una misura insufficiente per accrescere la disponibilità di personale sanitario e dunque appare necessaria anche l'introduzione di forme di incentivo volte a restituire attrattività al lavoro nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico. In Italia, tuttavia, è stato osservato⁶⁹ che il problema discende principalmente da una programmazione del personale inadeguata (nel 2022 ad esempio sono stati attivati 19.375 posti per infermieri, oltre a 268 per infermieri pediatrici, a fronte dei 24.352 indicati come fabbisogno in Conferenza Stato-Regioni) e che sarebbe necessario un grande sforzo per accrescere le capacità formative in termini di posti disponibili e di supporto volto a evitare gli abbandoni.

⁶⁹ Si veda Pesaresi (2022).

⁷⁰ Il limite di spesa per il personale della sanità (con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o determinato, di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni, incluso il trattamento accessorio) è pari al livello del 2018, incrementato ogni anno del 10 per cento dell'aumento del Fondo sanitario regionale, al netto degli aumenti

Va ricordato che il 21 dicembre scorso è stata raggiunta l'Intesa sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, di adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN, da applicare in via sperimentale per gli anni 2022, 2023 e 2024 (DL 35/2019, convertito con L. 60/2019, e L. 234/2021). Viene previsto il monitoraggio degli esiti da parte di AGENAS, anche in vista del consolidamento e aggiornamento della metodologia. Il documento allegato allo schema di decreto riguarda il personale ospedaliero e quello operante in ADI. Inoltre è compreso un ulteriore allegato sugli standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere, settori questi di cui si lamentava l'assenza nel DM 77/2022 e su cui si tornerà più avanti.

Le Regioni dovranno predisporre i propri piani dei fabbisogni triennali per il SSR, che dovranno essere valutati e approvati dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA (L. 234/2020). La definizione della metodologia rappresenta un passo preliminare indispensabile per accedere all'aumento della spesa di personale – oltre il tetto altrimenti previsto a legislazione vigente⁷⁰, nella misura del 5 per cento dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente – che può essere ammesso per singole Regioni in caso di ulteriori fabbisogni di personale, valutati congiuntamente dai due Tavoli, sempre che sia

contrattuali (in alternativa, quando più elevato, il limite è dato dall'importo registrato nel 2004 ridotto dell'1,4 per cento). Le Regioni possono ottenere ulteriori incrementi dei limiti nella misura della riduzione strutturale della spesa per servizi esternalizzati sostenuta prima dell'entrata in vigore del DL 75/2017.

rispettato l'equilibrio economico-finanziario del SSR. Mentre si afferma che la metodologia riferita all'ambito ospedaliero è coerente con il decreto sugli standard ospedalieri⁷¹ (tanto da prevederne l'applicazione soltanto nelle Regioni che hanno attuato tali standard), per quella relativa all'assistenza domiciliare solo nelle premesse al decreto si dichiara che si tiene conto del nuovo Regolamento (DM 77/2022), che comunque non fissa standard di personale per l'assistenza domiciliare. Inoltre la metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale è considerata complementare rispetto al DM per l'assistenza domiciliare integrata (il cui schema, come si è visto, è stato pure approvato in Conferenza Stato-Regioni il 21 dicembre 2022). Il documento metodologico ha comunque carattere sperimentale, perché dovrà essere adeguato in considerazione della progressiva evoluzione dell'offerta sanitaria e del quadro normativo, ma anche della necessità di rispettare il tetto di spesa e l'equilibrio economico del SSN. Nelle premesse al decreto si osserva anche che a fronte delle complesse situazioni affrontate si è potuto disporre di osservazioni limitate (fornite solo da alcune Regioni, su base volontaria) e flussi di dati da consolidare.

Con riguardo all'assistenza domiciliare, il fabbisogno di personale stimato resta condizionato dalle ipotesi del PNRR sulla collocazione degli assistiti nei diversi livelli di intensità assistenziale.

L'allegato presenta una prima quantificazione della disponibilità teorica attuale (risorse impiegate a fronte delle prestazioni erogate nel 2019, a prescindere che si tratti di personale

dipendente o reso disponibile attraverso convenzioni) e del fabbisogno previsto in relazione agli obiettivi di presa in carico del PNRR, concentrandosi sulle figure professionali dell'infermiere e del fisioterapista. Il fabbisogno è calcolato sulla base della distribuzione tra i livelli di intensità assistenziale previsti per le stime degli oneri del PNRR, diversa da quella rilevata nel 2019, mentre il numero di accessi per assistito è stato mantenuto costante rispetto al 2019. Ai fini del PNRR, come si è visto, è stato ipotizzato che il 60 per cento degli assistiti venga collocato nel livello di intensità base (al quale la metodologia di determinazione del fabbisogno attribuisce una sola ora di assistenza mensile di un infermiere), mentre nel 2019 tale percentuale risultava in media pari a circa il 40 per cento, come si è visto nel terzo paragrafo. Il documento osserva comunque che sarebbe necessario disporre di informazioni più complete sul personale operante nell'assistenza domiciliare e distinguere, nell'ambito del flusso SIAD, le prestazioni fornite da operatori privati e da quelli pubblici.

5.2 Il ruolo della medicina generale

Passando alla seconda criticità tra quelle sopra elencate, ossia la mancata definizione del nuovo ruolo che la medicina generale dovrà assumere nell'ambito di un sistema di assistenza territoriale rinnovato, per rendere operativa la riforma appare necessario definire precisamente le forme di integrazione della medicina generale⁷² –

rimanendo alle aziende sanitarie). Tale provvedimento, agganciandosi anche alla prima componente della Missione Salute del PNRR e ai nuovi standard dell'assistenza sanitaria territoriale, stabilisce di assegnare prioritariamente le apparecchiature alle Case della comunità, agli studi dei MMG e dei PLS e alle aggregazioni di medicina di gruppo, tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio. Inoltre viene richiesta la compatibilità con i servizi di telemedicina previsti nell'ambito della prima componente della Missione Salute e con il Fascicolo sanitario elettronico.

⁷¹ Tale decreto richiedeva tra l'altro alle Regioni una riduzione dei posti letto a 3,7 per 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Il Patto per la salute 2019-21 prevedeva peraltro la revisione del DM 70/2015 sugli standard dell'assistenza ospedaliera.

⁷² Si ricorda che per rafforzare le capacità degli studi dei MMG il DL 34/2020 ha incrementato di 10 milioni per il 2020 il fondo per l'indennità di personale infermieristico e inoltre con il decreto del Ministro della Salute del 29 luglio 2022 è stato ripartito tra le Regioni, in quota capitaria, l'ammontare di 236 milioni destinato dalla legge di bilancio per il 2020 (L. 160/2019) ad acquisire apparecchiature sanitarie da porre a disposizione dei MMG (la proprietà

in particolare attraverso il coinvolgimento dei professionisti nelle Case della comunità – e più in generale coordinare l’impegno dei MMG che si prevede contribuiscano ad assicurare i servizi nei diversi assetti assistenziali (studi medici, Case della comunità, Ospedali di comunità, COT, assistenza domiciliare)⁷³. Nella prospettiva di garantire il funzionamento delle nuove strutture dell’assistenza territoriale e l’integrazione tra i diversi servizi, negli scorsi mesi si è sviluppato dunque un dibattito sulla eventualità di trasformare il rapporto contrattuale dei medici di base, superando il sistema del convenzionamento in favore dell’assunzione con contratto di lavoro dipendente nell’ambito del SSN.

Tale ipotesi vede un atteggiamento prudente da parte delle Regioni, mentre molti sindacati medici si sono schierati per il mantenimento della condizione di liberi professionisti convenzionati con il SSN⁷⁴. Tra gli esperti, Mapelli (2021b) sottolinea le difficoltà attuative dello scardinamento di un sistema consolidato e i relativi costi e osserva che i MMG non hanno la specializzazione necessaria per l’assunzione da parte del SSN; invece Geddes (2021) ritiene proponibile almeno una sperimentazione volontaria. In caso di assunzione, andrebbe regolata l’eventualità di costituire rapporti fiduciari con i pazienti, mentre laddove fosse mantenuta la condizione libero-professionale sarebbe da considerare come la disponibilità di locali e attrezzature messe a disposizione dalla Casa della salute modificherebbe le condizioni di lavoro, avvicinandole a quelle degli specialisti ambulatoriali che lavorano presso le ASL. La permanenza degli studi privati dei MMG se, da un lato, consente di mantenere la presenza capillare sul territorio della medicina primaria, favorendo l’accessibilità fisica degli assistiti, dall’altro lato lascia aperto il problema

⁷³ A questo proposito, ad esempio, Da Col e Trimarchi (2022) vedono nel distretto il soggetto deputato al coordinamento.

⁷⁴ Si veda, ad esempio, il documento della Federazione Italiana Medici di Famiglia (FIMMG), “Per una riforma della medicina generale”. Diversa è invece, ad esempio, la posizione della CGIL, che

dell’inadeguatezza di molte di queste sedi rispetto alle esigenze di sicurezza evidenziate dalla pandemia (spazi angusti, impossibilità di diversificare i percorsi dei diversi pazienti, condizioni che hanno reso difficile per molti medici il coinvolgimento nelle attività di *testing* e di vaccinazione). Inoltre, si devono fare i conti con la permanente arretratezza rispetto alle ipotesi di rafforzamento della medicina di gruppo e di collaborazione con gli infermieri, di cui si è detto sopra.

Tuttavia, come sopra accennato (par. 3), l’Atto di indirizzo per il rinnovo della convenzione 2019-21 dei MMG e dei PLS da poco predisposto si limita a presupporre che la riorganizzazione emersa dai precedenti accordi collettivi nazionali dei MMG e dei PLS sia già coerente con le previsioni del PNRR e adattabile al DM 77/2022. Tale Atto di indirizzo individua le forme di medicina di gruppo come strumenti per la garanzia dell’assistenza continuativa sul territorio in orario diurno sette giorni a settimana, attraverso l’apertura degli studi medici in alternanza, mentre le Case della comunità subentrerebbero nella fascia oraria 20-24, impiegando i medici ad attività oraria, e per la fascia 24-8 gli stessi medici agirebbero da remoto. Non sono fissati orari minimi di attività nel distretto e nelle Case della comunità e non è previsto il collegamento della quota variabile della remunerazione agli obiettivi del distretto, come pare fosse ipotizzato in una precedente bozza⁷⁵.

L’Atto di indirizzo sottolinea che le AFT e le UCCP necessiteranno di personale, da garantire prioritariamente a quelle operanti nelle Case della Comunità o in zone disagiate, oltre che degli strumenti diagnostici assegnati dal DM 29

favorisce un graduale passaggio a un rapporto di lavoro di dipendenza (si veda il documento “Osservazioni CGIL alla proposta di Decreto Ministeriale “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale” (PNRR M6C1 Riforma 1”).

⁷⁵ Si veda Fassari (2021).

luglio 2022. Per remunerare l'attività oraria nelle Case della comunità si utilizzeranno le risorse appostate dalla legge di bilancio per il 2022 per l'assistenza territoriale. Viene confermato il ruolo unico di assistenza primaria, a quanto pare con l'obiettivo che vengano svolte da ogni professionista entrambe le attività, a ciclo di scelta e ad attività oraria, mentre i medici già operanti potranno completare l'orario combinando i due tipi di attività ed eventualmente aprendo a tal fine uno studio medico. La quota variabile sarebbe nelle disponibilità della contrattazione regionale, ma in attesa di questa verrebbe collegata solamente all'assistenza dei pazienti cronici. Infatti sono individuati come obiettivi prioritari la presa in carico dei pazienti cronici e la partecipazione al processo vaccinale anche in situazioni di pandemia, oltre al coordinamento con l'assistenza ospedaliera. Appare che laddove l'assetto strutturale previsto dall'accordo collettivo nazionale 2018-20 incontrasse difficoltà continuerebbero semplicemente a operare gli studi medici, sia pure collegati con procedure informatizzate (con possibili sostegni da parte delle Regioni per il personale e le strutture diagnostiche rivolti direttamente al singolo professionista ed eventuali incentivi offerti per le zone con copertura carente).

Inoltre, con riguardo alla formazione dei MMG, come sostenuto da diversi osservatori⁷⁶, il superamento delle diversità rispetto al percorso previsto per i medici specialisti rappresenterebbe un passaggio importante per rafforzare la medicina di base.

Nei corsi di laurea l'insegnamento della medicina generale è assente o marginale e i percorsi *post lauream* non sono di competenza dell'università, come in altri paesi⁷⁷, ma sono gestiti dalle Regioni. La specializzazione in Medicina di

comunità e cure primarie, per la formazione di medici specialisti nel settore professionale della medicina di famiglia e di comunità, è poco diffusa e non consente di esercitare la medicina generale. Le borse di studio per il corso di formazione specifica in medicina generale sono di importo decisamente più basso di quelle per la formazione specialistica, risultando pari a circa 11.600 euro annui contro i 25.000 per i primi due anni e 26.000 per i successivi nel caso della formazione specialistica.

In ogni caso il nuovo modello delle cure territoriali richiederà che venga assicurata una formazione specifica ai medici, ma anche alle altre figure che opereranno sul territorio, a partire dagli infermieri di famiglia, soprattutto per accrescere le capacità di lavorare in un sistema integrato, utilizzare gli strumenti della medicina digitale, privilegiare l'approccio preventivo. A tale riguardo va ricordato che il numero di borse di studio per la formazione dei MMG è stato incrementato negli anni recenti e da ultimo con il PNRR.

5.3 I modelli territoriali e gli standard nazionali

Venendo al terzo elemento di criticità, l'obiettivo della riforma dovrebbe essere di dare un sufficiente livello di uniformità agli interventi regionali nel campo dell'assistenza territoriale, pur nella diversità dei modelli sanitari che non si

⁷⁶ Si vedano, ad esempio: Maciocco (2015), che sottolinea come spesso nei paesi avanzati sia necessaria una specializzazione accademica per diventare medici di famiglia e propone apposite sperimentazioni regionali di percorsi accademici; l'intervista a Domenico Mantoan, Direttore generale AGENAS (Forward 2022), che propone un biennio di formazione universitaria e un biennio di formazione sul territorio; invece Turati (2022) ipotizza una nuova specializzazione di medicina del territorio, rivolta alla

presa in carico multidimensionale; il Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia (Campagna *Primary Health Care*, 2018) propone di rendere la *Primary Health Care* (PHC, dizione con cui si enfatizzano i concetti di salute e di cura) una disciplina universitaria con un proprio Settore scientifico disciplinare e di istituire percorsi di formazione post-laurea multi-professionali in PHC.

⁷⁷ Si vedano Maciocco (2015) e Campagna *Primary Health Care* (2018).

intende oggi mettere in discussione, e perseguire la garanzia dei LEA.

Il DM 77/2022 prevede pertanto che le Regioni, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento, adottino il provvedimento generale di programmazione dell'assistenza territoriale e che adeguino l'organizzazione di tale assistenza e della prevenzione ai nuovi standard, in coerenza con la Componente 1 della Missione 6 del PNRR. Il monitoraggio dell'applicazione degli standard spetta al Ministero della Salute attraverso l'AGENAS e saranno utilizzati gli indicatori del "Nuovo sistema di garanzia" (decreto del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 12 marzo 2019), il cui elenco dovrebbe essere aggiornato e integrato⁷⁸. La verifica dell'attuazione del Regolamento, realizzata nell'ambito del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, costituisce adempimento ai fini del finanziamento integrativo del SSN.

Le modifiche al decreto apportate su richiesta del Consiglio di Stato hanno offerto una risposta ad alcune preoccupazioni delle Regioni, i cui obblighi risultano ora meglio definiti e più circoscritti, ma si rischia un depotenziamento della riforma, minimizzando gli aspetti oggetto di standardizzazione e attribuendo a gran parte dello sforzo di progettazione un

carattere meramente descrittivo di ciò che si potrebbe fare.

Nel momento in cui si definiscono le caratteristiche del sistema potenziato di cure sul territorio appare particolarmente rilevante comprendere quali siano i ruoli attribuiti al settore pubblico e al mercato. L'enfasi posta sulle funzioni del Distretto e sul potenziamento della relativa attività di committenza riflette una scelta importante, e non scontata, che esprime la priorità attribuita alla programmazione⁷⁹ e appare volta a rafforzare sia il controllo della spesa, sia l'impegno per l'appropriatezza e l'equità nell'erogazione delle prestazioni, sia infine l'integrazione tra i diversi servizi socio-sanitari. Va tuttavia osservato che la configurazione del Distretto, nell'ambito dei modelli regionali, è attualmente molto diversificata⁸⁰. La Casa della comunità appare come una struttura a carattere pubblico, ma questa caratteristica è riconosciuta ormai solo nella parte descrittiva del regolamento. Non mancano le proposte di impiegare anche Case della comunità accreditate⁸¹. Una simile ipotesi sembra adattativa rispetto alla situazione esistente, che vede in alcune Regioni operare un gran numero di specialisti privati, e caratterizzata da scetticismo nei confronti dell'effettiva possibilità di rafforzare la capacità del SSN sul territorio. Continueranno comunque a restare in funzione gli studi privati dei MMG, anche se l'opzione di spostarli (eventualmente in parte) presso le Case della comunità

⁷⁸ Come specificato nella relazione di AIR (si veda Consiglio di Stato, Sezione Consultiva per gli Atti Normativi, Adunanza di Sezione del 10 maggio 2022, numero affare 00619/2022).

⁷⁹ Peraltro già nel DL 104/2020, come convertito con L. 126/2020, sotto la spinta dell'emergenza pandemica, erano state inserite alcune norme per la riorganizzazione e il rafforzamento dei distretti.

⁸⁰ Alcuni si occupano di produzione, committenza, governo e integrazione di servizi, mentre altri sono sostanzialmente svuotati di funzioni; alcuni svolgono solo compiti burocratico-amministrativi, altri solo di programmazione e controllo e interlocuzione con le municipalità (Da Col e Trimarchi, 2022).

⁸¹ Si veda Mapelli (2021a).

potrebbe restare aperta, a seconda dei modelli e delle scelte regionali, soprattutto per le aggregazioni tra medici. Nel caso dell'assistenza domiciliare la coesistenza di pubblico e privato accreditato, ribadita anche dal decreto di riparto dei finanziamenti, continuerà a consentire l'ampia partecipazione di organizzazioni private, attraverso la stipula di appositi contratti; tuttavia dovranno essere rispettati i nuovi criteri di autorizzazione e accreditamento. Il recente documento sulla metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale comincia a proporre qualche elemento di analisi sugli standard di personale, ma è condizionato dall'insufficienza dei dati disponibili e dalle ipotesi sulla distribuzione degli assistiti per livelli di assistenza sottostanti al PNRR. Quanto agli Ospedali di comunità, sembra emergere un orientamento verso la gestione pubblica. La Relazione tecnica alla legge di bilancio per il 2022 ne stima gli oneri aggiuntivi (rispetto a quelli assunti nel PNRR) in base al costo del personale dipendente e le responsabilità igienico-sanitaria e clinica possono essere poste, secondo il Regolamento, in capo a un medico del SSN o convenzionato con esso. Tuttavia, l'argomento è trattato solo a livello descrittivo e il rinvio all'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, che prevedeva la coesistenza di strutture pubbliche e private, contrasta con questa impostazione. Infine, il DM 77/2022, almeno nella parte descrittiva, condivide il processo, in atto da qualche tempo, di rafforzamento delle farmacie private convenzionate come elemento integrante del SSN, in quanto svolgono a nome di questo una serie sempre più ampia di servizi, fino a immaginare il farmacista come referente dell'uso sicuro ed efficace dei

farmaci (con riguardo a quelli contenuti nel programma terapeutico), richiamando addirittura a tale proposito questioni quali le interazioni farmacologiche e il dosaggio (oltre alla sostenibilità economica), che appaiono di stretta competenza medica (e anzi spesso specialistica).

Il Regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale inoltre, pur ribadendo la centralità dell'integrazione con i servizi sociali, non ne approfondisce le modalità di funzionamento. D'altronde si osservano sviluppi dal lato della programmazione e regolazione dell'assistenza sociale su due fronti: in primo luogo, quello della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), secondo l'impostazione della legge di bilancio per il 2022, e a tale proposito va ricordata l'approvazione del Piano per la non autosufficienza 2022-2024, che tra l'altro affronta la questione dell'assunzione di personale con professionalità sociale per il rafforzamento dei Punti unici di accesso (PUA); in secondo luogo, quello rappresentato dalle misure previste dalla Missione 5 del PNRR, Inclusione e coesione, in particolare con riferimento alla riforma del sistema di interventi a favore degli anziani non autosufficienti e a quella volta al riordino delle disposizioni in materia di disabilità. La legge delega in materia di disabilità (L. 227/2021) è stata emanata nello scorso mese di dicembre mentre la legge delega in favore delle persone anziane è stata da poco approvata dal Consiglio dei Ministri con qualche modifica rispetto alla versione predisposta dal precedente Governo. Quest'ultima, tra l'altro, delega il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino e il coordinamento delle attività e delle risorse disponibili per

l'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, onde rafforzarne l'efficacia e potenziarne progressivamente le azioni, in attuazione della Missione 5, Inclusione e coesione, componente 2, riforma 2, del PNRR (Sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti).

Inoltre, resta ancora non completamente definito anche il nuovo ruolo attribuito alla prevenzione, su cui erano attese politiche decise, dopo che la diffusione della pandemia da COVID-19 ha evidenziato i limiti e le carenze del sistema attuale. Al di là di una serie di principi di impostazione generale e dell'affermazione dell'approccio *one health*, non sono indicati precisamente nel DM 77/2022 gli standard di personale del Dipartimento di prevenzione, né è stato ancora chiarito come debba avvenire il raccordo con le Agenzie del Sistema nazionale per la protezione dell'ambiente, in attesa dell'apposito provvedimento attuativo del DL 36/2022 in materia. La revisione del sistema di prevenzione potrebbe aiutare a superare la drasticità della separazione tra ambiente e salute, conseguenza di un'interpretazione restrittiva dell'esito del referendum del 1993, anche in considerazione della recente riforma costituzionale, che introduce la tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi e tra l'altro prevede che l'iniziativa economica privata non possa svolgersi in modo da recare danno alla salute e all'ambiente, oltre che, come già disposto, alla sicurezza, alla libertà e alla

dignità umana, e possa essere indirizzata e coordinata a fini ambientali oltre che sociali. Sarebbe utile tra l'altro che, nell'ambito della riforma del sistema di prevenzione, fossero meglio approfondite le problematiche connesse all'attività scolastica, in considerazione anche dell'esperienza vissuta in seguito alla diffusione del COVID-19⁸².

Infine, il Regolamento non offre indicazioni sugli standard per la tutela della salute mentale e per il relativo Dipartimento⁸³, un settore che presenta grandi carenze e disomogeneità di intervento sul territorio, a fronte di una domanda di servizi intensificatasi a seguito della pandemia. Tuttavia, come accennato, su questo e su altri settori non trattati dal DM 77/2022 è intervenuto il provvedimento sui fabbisogni di personale, che comprende tra gli allegati un documento relativo agli standard per l'assistenza territoriale dei servizi salute mentale adulti, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e salute in carcere. Tale documento sottolinea che gli standard indicati vanno raggiunti entro il periodo di attuazione del PNRR. Ad esempio, per la salute mentale sono previsti quattro livelli assistenziali, di cui due prettamente di natura territoriale, dei quali il primo, consultazione e assistenza primaria, da svolgere nelle Case della comunità, cui comunque compete in entrambi i casi la presa in carico, con il supporto delle COT.

⁸² I programmi di prevenzione e gli interventi mirati nelle scuole risultano tra le competenze delle Unità di continuità assistenziale, in coordinamento con il Dipartimento di prevenzione.

⁸³ Limitandosi a cenni sulla presenza di psicologi nell'équipe multiprofessionale ed eventualmente

nelle Case della comunità, sulle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche dei Consultori familiari (la cui presenza è peraltro facoltativa) e sul ruolo dell'area funzionale di psicologia nell'ambito del distretto.

La spesa per la salute mentale, come rilevata nel più recente Rapporto salute mentale⁸⁴, era arrivata intorno al 3,5 per cento del finanziamento e della spesa sanitaria nel 2017-18, ma nel 2019 è scesa sotto il 3 per cento e nel 2020 è diminuita ulteriormente, malgrado una lieve ripresa in valore assoluto. Le Regioni si erano impegnate a raggiungere il 5 per cento⁸⁵ con un documento sottoscritto da tutti i

Presidenti il 18 gennaio 2001⁸⁶. Il costo pro-capite per l'assistenza psichiatrica era pari a 67,5 euro nel 2020 (di cui quasi il 95 per cento per l'assistenza territoriale), ma risultava molto variabile tra le Regioni (fermandosi a poco più di 47 euro in Campania) e, nell'ambito della stessa Regione, negli anni. Di recente sono stati attribuiti alcuni ulteriori, limitati finanziamenti alla salute mentale⁸⁷.

⁸⁴ Si veda Ministero della Salute (2022).

⁸⁵ Si ricorda che la Lancet Commission sulla Salute Mentale Globale e lo Sviluppo Sostenibile, in occasione del primo Summit Interministeriale Mondiale (Londra, 2018), aveva raccomandato un obiettivo di almeno il 10 per cento del bilancio sanitario totale dedicato alla salute (e almeno il 5 per cento nei paesi a basso/medio reddito), come riportato in Starace (2023).

⁸⁶ Conferenza dei Presidenti, 18 gennaio 2001, Documenti approvati, Salute mentale.

⁸⁷ Ad esempio, dalle risorse attribuite agli obiettivi del Piano sanitario nazionale sono stati accantonati 60 milioni per finanziare un progetto (oggetto di intesa in Conferenza Stato-Regioni il 28 aprile 2022) di rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale regionali, per il superamento della contenzione meccanica, per la qualificazione dei percorsi di presa in carico e reinserimento sociale dei pazienti con disturbi mentali autori di reato. Inoltre sono stati assegnati 28 milioni per il 2021 e 38 per il 2022 al potenziamento dei servizi di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza e alla tutela del

benessere psicologico, soprattutto di bambini e adolescenti, attraverso il reclutamento di professionisti sanitari, assistenti sociali e psicologi con forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa (DL 73/2021, convertito con L. 106/2021, legge di bilancio per il 2022 e DL 228/221, convertito con L. 15/2022). È stato istituito un fondo dotato di 10 milioni di euro per gli anni 2021 e 2022 per favorire l'accesso ai servizi psicologici delle fasce più deboli della popolazione, con priorità per i pazienti oncologici e i bambini e adolescenti in età scolare (DL 73/2021 e legge di bilancio per il 2022). Sono stati dedicati 25 milioni nel 2022, 5 milioni per il 2023 e 8 dal 2024 per finanziare il controverso "bonus psicologico" (DL 228/221, convertito con L. 15/2022, e DL 115/2022, convertito con L. 142/22 e L. 197/2022), che pone a carico del SSN un contributo per sostenere le spese per sessioni di psicoterapia presso specialisti privati. Va infine ricordato il PON salute, che comprende tra i suoi obiettivi la salute mentale.

Bibliografia

- AGENAS (2022), “Il personale del Servizio sanitario nazionale”, ottobre.
- AGENAS, Fondazione The Bridge, Università di Pavia (2022), “Analisi comparata delle cure primarie in Italia”, I Quaderni di Monitor 2022.
- Aimone Gigio, L., Alampi, D., Camussi, S., Ciaccio, G., Guatini, P., Lozzi, M., Mancini, A.L., Panicara, E. e Paolicelli, M. (2018), “La sanità in Italia: il difficile equilibrio tra vincoli di bilancio e qualità dei servizi nelle regioni in piano di rientro”, Banca d’Italia, Questioni di Economia e Finanza, n. 427.
- Camera dei Deputati, Servizio studi Affari sociali (2021), “Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale”, Documentazione e ricerche, n. 144, 1° marzo.
- Campagna Primary Health Care (2018), “Libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia”.
- Cassa, R., Collicelli, C., Ploner, M.E., Santurri, P. e Spandonaro F. (2020), “Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell’arte”, in Spandonaro, F., D’Angela, D. e Polistena, B. (a cura di), “16° Rapporto sanità. Oltre l’emergenza: verso una “nuova” vision del nostro SSN”, Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, CREA sanità, pagg. 378-394.
- Commissione europea (2016), “Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability”, Volume 1, Institutional Papers 37, ottobre.
- Commissione europea (2019), “Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability – Country Documents 2019 Update”, Institutional Papers 105, giugno.
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (2022), “Documento programmatico fabbisogni di personale sanitario”, 22/36/CR05D/C7, 2 marzo.
- Da Col, P. e Trimarchi, A. (2022), “Il distretto sanitario nel DM 77/2022”, in Pesaresi, F. (2022), “Il DM 77/2022 sull’assistenza sanitaria territoriale”, Welfare book n. 7, pagg. 7-31.
- Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCoe) (2022a), “Prima relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente”, 9 marzo.
- Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCoe) (2022b), “Seconda relazione istruttoria sul rispetto del vincolo di

destinazione alle regioni del Mezzogiorno di almeno il 40 per cento delle risorse allocabili territorialmente”, 30 giugno.

Enrichens, F., Borghini, A., Furfaro, S. e Cosentino, M. (2021), “La casa come primo luogo di cura per il cittadino - Centrali operative territoriali e assistenza domiciliare” in, “Piano nazionale di ripresa e resilienza, Missione salute”, Monitor 45, AGENAS, pagg. 27-36.

Enrichens, F., Borghini, A., Martini, L., Furfaro, S., Paris, A., Mariotti, F. e Mileti, L. (2022), “La Centrale Operativa Territoriale (COT)”, in AGENAS (2022), “Le Centrali Operative: Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali”, I Quaderni di Monitor 2022, pagg.77-96.

Fassari, L. (2021), “Medici di famiglia. La proposta di Regioni e Ministero per la nuova convenzione: 38 ore settimanali di cui 20 a studio, 6 nella Casa di Comunità e 12 nel Distretto; resta rapporto fiduciario e 30% retribuzione sui risultati”, in Quotidianosanità.it, 31 dicembre.

Forward (2022), “Il nuovo mondo della sanità, intervista a Domenico Mantoan, Direttore generale AGENAS”, in Ripresa/Resilienza, Rilanciare l’organizzazione sanitaria, l’assistenza, la ricerca e la cura diventa un moto di resistenza e di modernità, Forward 25, Marzo.

Geddes da Filicaia, M. (2021), “Un’altra sanità territoriale è possibile!”, in Epidemiologia & prevenzione, 45(6), novembre-dicembre, pagg. 446-448.

Longo, F., Carbone, C., Ferré, F. e Ricci, A. (2012), “Il ruolo del privato accreditato nell’integrazione ospedale-territorio”, Cergas, Università Bocconi, febbraio.

Maciocco, G. (2015), “Come si diventa medici di famiglia”, in Salute internazionale, 27 luglio.

Mapelli, V. (2021a), “La grande incompiuta: l’assistenza primaria”, in, “Verso un welfare più forte, ma davvero coeso e comunitario?”, welforum.it, 20 settembre.

Mapelli, V. (2021b), “I malanni dell’assistenza primaria”, in lavoce.info, 14 gennaio.

Ministero della Salute (2021a), “Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Metodologia e Risultati dell’anno 2019”, maggio.

Ministero della Salute (2021b), “Mappatura delle esperienze di telemedicina sul territorio nell’anno 2018”.

Ministero della Salute (2022), “Rapporto sulla salute mentale, Anno 2021”, a cura di Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M. e Santori, E., in collaborazione con Regioni e Province autonome, ottobre.

- Ministero dell'Economia e delle finanze (2022), "PNC, Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR", Report n. 6, Adempimenti e attività al 30 settembre 2022.
- Nobilio, L., Berti, E. e Moro, M.L. (2020), "Valutazione di impatto delle Case della Salute su indicatori di cura 2009-2019", Dossier 269, Collana Dossier, Regione Emilia-Romagna, Agenzia sanitaria e sociale regionale.
- Osservatorio Recovery Plan, OREP (2023), "Cure a casa, 2,7 miliardi a rischio per metà regioni", Tor Vergata, Promo PA Fondazione, 18 gennaio.
- Pellegrini, L. (2005), "Presentazione, Sanità nel territorio, studi ed esperienze di distretto nelle Regioni", Monitor, Supplemento al n. 13, pagg. 5-11.
- Pesaresi, F. (2022), "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale", Welfare book n. 7.
- Schwierz, C. (2016), "Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union", European economy, Discussion paper 37, settembre.
- Starace, F. (2023), "Salute mentale: organizzazione, strutture e personale. Cosa prevede il decreto con i fabbisogni approvato dalla Stato-Regioni", in Quotidianosanità.it, 13 gennaio.
- Turati, G. (2022), "La Missione 6: 'salute' o 'servizi sanitari'?", in "Ripresa/Resilienza, Rilanciare l'organizzazione sanitaria, l'assistenza, la ricerca e la cura diventa un moto di resistenza e di modernità", Forward 25, marzo.
- Ufficio parlamentare di bilancio (2019), "Lo stato della sanità in Italia", Focus n. 6, dicembre.
- Ufficio parlamentare di bilancio (2020), "Il monitoraggio delle aziende ospedaliere: gestione economica e indicatori di volumi, qualità ed esiti", Focus n. 2, giugno.
- Ufficio parlamentare di bilancio (2022a), "Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti", Focus n. 4, agosto.
- Ufficio parlamentare di bilancio (2022b), "Audizione della Presidente sull'assetto della finanza territoriale e sulle linee di sviluppo del federalismo fiscale presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale", 5 maggio.
- Ufficio parlamentare di bilancio (2022c), "L'efficienza temporale nella realizzazione delle opere pubbliche in Italia, Analisi congiunta UPB e IRPET", Nota di lavoro n. 2, luglio (a cura di Gori, G.F., Lattarulo, P. e Salerno, N.C.).
- Ufficio parlamentare di bilancio (2022d), "Audizione della Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame

del disegno di legge recante bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025 presso le Commissioni riunite V della Camera dei deputati (Bilancio, Tesoro e Programmazione) e 5 a del Senato della Repubblica (Programmazione economica, Bilancio)", 5 dicembre.

Vetrano, D.L. (2020), "Assistenza domiciliare", in Spandonaro, F., D'Angela, D. e Polistena, B. (a cura di), "16° Rapporto sanità. Oltre l'emergenza: verso una "nuova" vision del nostro SSN", Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, CREA sanità, pagg. 397-407.

Zocchetti, C. (2013), "Il progetto CREG: i primi risultati della Regione Lombardia", I convegno IGEA", "Dal progetto al sistema. L'integrazione delle cure per le persone con malattie croniche", Roma, 23 aprile.

Appendice

Il Regolamento sui modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN e l'istituzione del SNPS

Il Regolamento, nella parte descrittiva (allegato 1), afferma la centralità nel nuovo modello di assistenza territoriale dei concetti di “sanità di iniziativa”, “medicina di popolazione” e “progetto di salute”.

La sanità di iniziativa è rivolta alla prevenzione e promozione della salute e alla migliore gestione delle malattie croniche, anche attraverso la presa in carico precoce e l'educazione ai corretti stili di vita. La medicina di popolazione contempla una stratificazione della popolazione in base all'analisi del bisogno di salute (sono definiti sei livelli di rischio in base ai bisogni socio-assistenziali) e lo sviluppo di modelli predittivi (DL 34/2020), in un quadro di particolare attenzione alle patologie croniche. Questo approccio porta alla definizione di progetti di salute (semplici o complessi) per i singoli assistiti e, inoltre, a sviluppare una valutazione globale della popolazione utile per la programmazione e verifica del sistema sanitario e socio-sanitario. Coerente con questa impostazione è la presa in carico multidisciplinare. Il Regolamento definisce i ruoli delle varie figure che possono far parte dell'équipe multi-professionale (medico di base, specialista, psicologo, infermiere, farmacista, assistente sociale ed eventualmente altre).

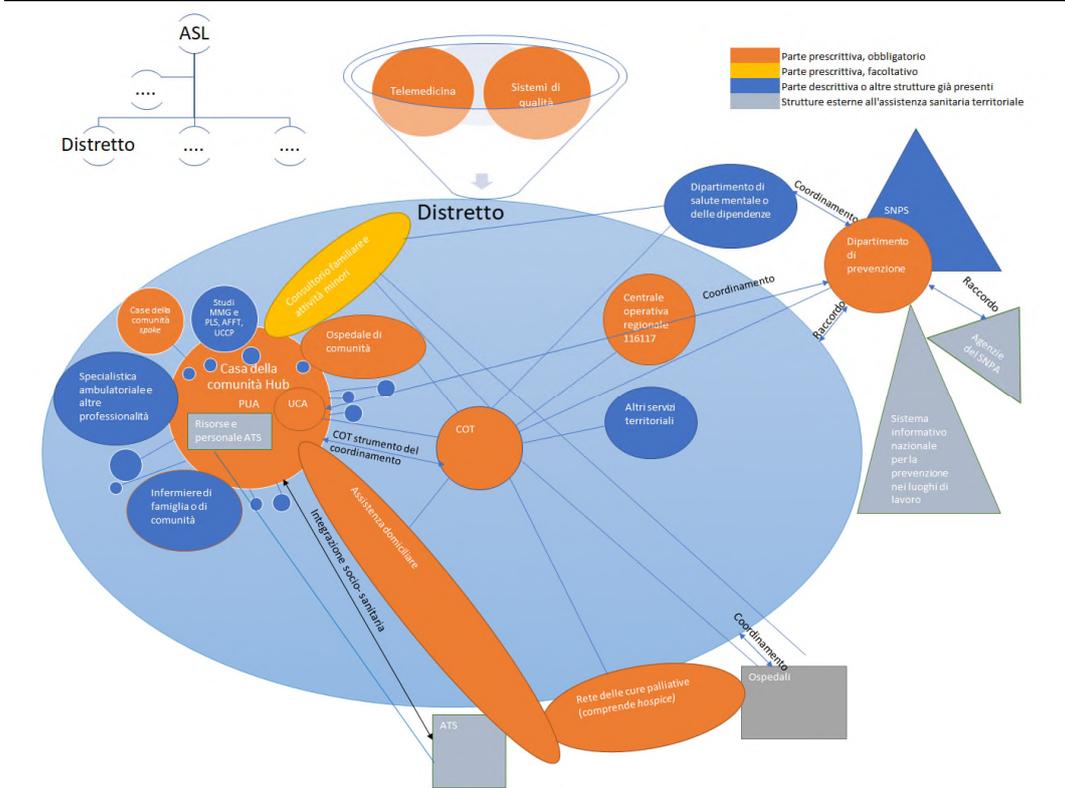
Inoltre, nella parte descrittiva è sottolineato il ruolo delle farmacie convenzionate come presidi sanitari di prossimità ed elemento integrante del SSN – con compiti non solo di dispensazione dei medicinali ma anche, ad esempio, di farmacovigilanza, e più in generale deputate a svolgere le attività previste nell'ambito della sperimentazione della cosiddetta “farmacia dei servizi” (D. Lgs. 153/2009) e quelle attribuite nel corso della pandemia, quali le vaccinazioni e la somministrazione di test diagnostici. Il farmacista, nell'ambito dell'équipe multi-professionale volta a gestire il progetto di salute, è considerato il referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico.

Nel ribadire l'importanza dell'integrazione della sanità con i servizi sociali, da realizzare tra l'altro nelle Case della comunità, viene richiamata la legge di bilancio per il 2022, intervenuta in materia di LEPS e di ATS, e si rinvia ai provvedimenti attuativi di quest'ultima e all'Accordo in Conferenza Unificata, previsto dal DPCM del 12 gennaio 2017 (che ha aggiornato i LEA della sanità), sulle linee di indirizzo per i processi di integrazione dell'area sanitaria e di quella dei servizi sociali e sulle modalità di utilizzo delle risorse.

Il Regolamento individua poi le strutture e i soggetti deputati a erogare i servizi sanitari territoriali e ne definisce le funzioni, le caratteristiche e gli standard di popolazione da servire.

Il quadro della nuova assistenza territoriale è schematizzato nella figura A1, anche se molti aspetti restano in realtà solo parzialmente definiti o comunque soggetti a qualche incertezza.

Fig. A1 – Il modello della nuova assistenza sanitaria territoriale



Nella figura sono indicati i principali punti di snodo della nuova rete di assistenza sanitaria territoriale (in arancione le strutture obbligatorie regolate dalla parte prescrittiva del provvedimento, in giallo quelle facoltative, in azzurro quelle richiamate nella parte descrittiva o comunque già presenti, in grigio quelle esterne all'assistenza sanitaria territoriale). Nell'ambito del distretto, un'articolazione funzionale della ASL (come mostra il grafo in alto a sinistra), la Casa della comunità appare come l'elemento centrale dell'organizzazione, in relazione con tutti gli altri servizi territoriali e anche con quelli ospedalieri. Le Case della comunità *spoke* saranno collegate a quelle *hub*. Ai fini del coordinamento tra i diversi servizi – territoriali sanitari e sociosanitari nonché ospedalieri – opera la COT. Gli studi dei MMG e dei PLS, nonché le relative forme associative, possono essere collocati nelle Case della comunità, ma anche, come è probabile avvenga nella maggior parte dei casi, all'esterno, e comunque le aggregazioni di medici (AFT e UCCP) saranno funzionalmente collegate alla Casa della comunità. Nelle Case della Comunità deve essere presente il PUA, e devono essere disponibili una serie di altri servizi, fisicamente o funzionalmente collegati o comunque coordinati. La presenza del personale dell'ATS dovrebbe garantire l'integrazione socio-sanitaria. La telemedicina e i sistemi informativi per l'assistenza sanitaria territoriale devono essere sviluppati e risultare interoperabili. Il Dipartimento di prevenzione si raccorda con il Distretto, con il Dipartimento per la salute mentale e le dipendenze e con le Agenzie dell'SNPA, è parte del SNPS e contribuisce al Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro, in corso di costituzione.

Di seguito sono sintetizzate le caratteristiche delle strutture contemplate dal Regolamento e gli standard previsti.

Il **Distretto**, un'articolazione organizzativo-funzionale della ASL già prevista dalla normativa vigente, è trattato nell'allegato 1 (con contenuto descrittivo). Esso assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie. Il Regolamento prevede che copra una popolazione di circa 100.000 abitanti, anche se l'indicazione per le Regioni è flessibile⁸⁸. Il Distretto cura la gestione e il coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali e ha funzioni di committenza, intesa come programmazione dei servizi da fornire, erogazione, in forma diretta o indiretta, garanzia dell'accesso, dell'equità e della qualità, e assicura il collegamento con i dipartimenti e i servizi delle AS. Nell'ambito del programma delle attività territoriali sono determinate le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico della sanità e dei Comuni. Il Regolamento, pur ribadendo il ruolo del Distretto, mantiene la possibilità per le Regioni di disegnarne i contorni a seconda dei propri modelli regionali, attribuendo eventualmente allo stesso una responsabilità diretta sulle unità operative che lo compongono e prevedendo per esso la possibilità di svolgere un ruolo di committenza e di gestione⁸⁹. Si ricorda che il Distretto gode di autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata nel bilancio della AS; le risorse sono assegnate in base agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Responsabile del Distretto è un Direttore. Viene inoltre specificato che l'assistenza psicologica è assicurata nell'ambito del distretto dall'area funzionale di psicologia (introdotta come possibilità organizzativa dal DL 137/2020, come convertito con L. 176/2020), ove istituita.

La **Casa della comunità** rappresenta il luogo fisico di riferimento, di prossimità e di accesso per gli assistiti; dovrà adottare un approccio integrato e multidisciplinare nella progettazione ed erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari⁹⁰ e sarà organizzata come rete assistenziale con un modello a *hub* (centro) e *spoke* (raggio), volto a consentire la maggiore flessibilità rispetto alle esigenze del territorio. Lo standard organizzativo (allegato 2, prescrittivo) prevede che una Casa della comunità *hub* serva una platea di 40-50.000 abitanti e che il personale della *hub* comprenda 7-11 infermieri, un assistente sociale, da 5 a 8 unità di personale socio-sanitario e amministrativo di supporto (l'allegato 1, descrittivo, afferma che in quest'ultimo caso si deve trattare di personale già disponibile a legislazione vigente). Inoltre sono individuati i servizi da erogare, distinti in obbligatori (tra questi, le cure primarie attraverso équipe multidisciplinari, il punto unico di accesso o PUA⁹¹, l'assistenza domiciliare, ecc.), facoltativi (consultori e servizi per i minori, salute pubblica, vaccini) e raccomandati (salute mentale, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenza, medicina sportiva). Alcuni servizi (ad esempio, la continuità assistenziale) pur obbligatori nelle *hub*,

⁸⁸ Il D.Lgs. 502/1992 indicava un minimo di 60.000 abitanti, che poteva essere modificato per motivi di morfologia del territorio e densità della popolazione.

⁸⁹ La disciplina dei distretti infatti spetta alla legge regionale, nel rispetto dei principi fondamentali indicati dal D.Lgs. 229/1999 (modificato dal DL 104/2020, convertito con L. 126/2020), che ha definito un quadro normativo (compreso il ruolo della programmazione dei servizi, le modalità di concertazione con i Comuni di riferimento, attraverso il Comitato dei sindaci di distretto, l'individuazione delle funzioni del distretto, il ruolo del Direttore di distretto) da applicare in caso di mancata introduzione di disposizioni regionali. Per approfondimenti si veda, tra gli altri, Pellegrini (2005).

⁹⁰ L'integrazione degli interventi sanitari e di integrazione sociale resta subordinata alla sottoscrizione della Intesa in Conferenza Unificata prevista dalla legge di bilancio per il 2022 ai fini della definizione delle linee guida per l'attuazione degli interventi e l'adozione di atti di programmazione integrata, assicurando l'omogeneità del modello organizzativo degli ATS e la ripartizione delle risorse per il finanziamento dei LEPS, e di quella prevista dal DPCM del 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA per la sanità sulle linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione dell'area sanitaria e di quella dei servizi sociali e sulle modalità di utilizzo delle risorse.

⁹¹ Il PUA è il luogo di accoglienza e indirizzamento verso i servizi socio-sanitari e quelli sociali, dove opera, insieme al personale del SSN, quello degli ATS, volti ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni sociali (si veda anche la legge di bilancio per il 2022).

sono facoltativi nelle *spoke*. Nelle *hub* la presenza medica dovrà essere garantita 24 ore su 24 e quella infermieristica almeno per 12 ore al giorno, 7 giorni su 7, nelle *spoke* l'una e l'altra per 12 ore al giorno, 6 giorni a settimana. Gli standard tecnologici e strutturali contemplano la presenza di un sistema integrato di prenotazione collegato al CUP e di servizi diagnostici per il monitoraggio della cronicità con strumentazione di base, anche attraverso strumenti di telemedicina⁹². Solo la parte descrittiva del Regolamento specifica che le Case della Comunità sono strutture pubbliche. Inoltre indica che insieme alle Case della comunità *spoke* continueranno a essere presenti gli studi dei MMG e dei PLS e che le aggregazioni dei MMG e dei PLS – ovvero le AFT e le UCCP – potranno trovare sede fisica nelle Case della comunità o esservi collegate funzionalmente. Nella Casa della comunità lavoreranno in équipe MMG e PLS, medici di continuità assistenziale, di medicina di comunità e dei servizi, specialisti ambulatoriali interni (SAI) e dipendenti, infermieri di famiglia o di comunità e altri professionisti. I MMG dunque dovrebbero garantire una attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto a quella svolta nei confronti dei propri assistiti. La Casa della comunità dovrebbe garantire l'assistenza per 12 ore al giorno e integrarsi con il servizio di continuità assistenziale, assicurato 24 ore su 24. Si prevede tra l'altro che la Casa della comunità prenda in carico la cronicità e assicuri la valutazione del bisogno e l'attivazione dei percorsi di cura multidisciplinari. Nell'ambito della progettazione dei servizi in rete dovranno essere ricomprese tutte le strutture già operanti sul territorio.

L'**infermiere di famiglia o di comunità** è una figura introdotta dal DL 34/2020⁹³ per rafforzare la presa in carico sul territorio sia dei malati di COVID-19, sia dei soggetti fragili. Oltre a fornire assistenza infermieristica favorisce l'avviamento ai servizi ed è orientato anche alla prevenzione e promozione della salute. Inoltre promuove l'educazione sanitaria e le attività di informazione e comunicazione. Lo standard previsto dal Regolamento, ma solo nella parte descrittiva, è di 1 infermiere presente sul territorio ogni 3.000 abitanti.

L'**Unità di continuità assistenziale (UCA)** rende strutturali le precedenti Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), introdotte dal DL 18/2020, convertito con L. 27/2020, per gestire a domicilio i pazienti COVID-19 nel periodo dell'emergenza sanitaria e potenziate dal DL 34/2020. Le UCA sono rivolte a supportare i professionisti responsabili della presa in carico dei pazienti⁹⁴ in casi di particolare complessità e comprovata difficoltà operativa. Come standard organizzativo (prescritto) sono indicati lo stesso bacino di utenza del distretto (100.000 abitanti⁹⁵) e la dotazione minima di un medico e un infermiere. Le équipe mobili hanno base nelle Case della comunità. Con riguardo ai requisiti tecnologici si afferma che le UCA collaborano con MMG, PLS, AFT e UCCP utilizzando una infrastruttura di telemedicina collegata alle COT che consenta anche il teleconsulto con specialisti, devono avere disponibilità di strumentazione avanzata di primo livello, dispositivi diagnostici e di monitoraggio.

⁹² Si rimanda per altri aspetti a precedenti documenti (decreto sui requisiti minimi, Linee guida del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale, Piano nazionale della cronicità e Piano nazionale della prevenzione), in parte richiamati anche con riguardo alle altre strutture dell'assistenza territoriale contemplate.

⁹³ Che ne prevedeva il reclutamento transitorio attraverso forme di lavoro autonomo e poi l'assunzione a tempo indeterminato a partire dal 2021 nella misura di 8 unità ogni 50.000 abitanti, uno ogni 6.000 abitanti circa (incrementando la spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente, nel limite di spesa di 332,6 milioni nel 2020 e 480 milioni dal 2021). Il Regolamento in esame implica dunque un numero maggiore di infermieri, tuttavia fa riferimento a tutti quelli che dovranno essere impiegati per l'assistenza territoriale, non solo per quella domiciliare (Pesaresi, 2022).

⁹⁴ Il regolamento sottolinea che le UCA non sono volte a sostituire tali professionisti. Si ricorda che una sentenza del Consiglio di Stato (n. 8166 del 18 dicembre 2020, Sezione II), ribaltando una precedente pronuncia del TAR del Lazio, ha interpretato l'istituzione delle unità speciali come rivolta ad alleggerire il carico dei MMG attraverso un supporto straordinario e temporaneo, che non implica un divieto di visite domiciliari per gli stessi medici.

⁹⁵ La L. 27/2020 invece prevedeva una Unità speciale di continuità assistenziale (USCA) ogni 50.000 abitanti.

La **Centrale operativa territoriale (COT)** ha funzioni di coordinamento della presa in carico e raccordo tra professionisti e tra i diversi servizi. Per quanto riguarda gli standard organizzativi il Regolamento prescrive la presenza di una COT ogni 100.000 abitanti, o comunque per ogni distretto, e l'operatività tutti i giorni in tutte le ore. Inoltre chiarisce che deve esservi disponibilità di 3-5 infermieri e un coordinatore infermieristico, e 1-2 unità di personale di supporto⁹⁶, nonché, come standard tecnologici e strutturali, di infrastrutture tecnologiche e informatiche (comprese quelle per l'accesso al FSE), anche per gestire il tracciamento. Inoltre la COT deve essere interconnessa con le Centrali operative regionali 116117 (si veda di seguito). La parte descrittiva del Regolamento sottolinea che la responsabilità del funzionamento e della gestione del personale è in capo a un coordinatore infermieristico.

Per la **Centrale operativa regionale 116117**, sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti, è prescritto uno standard di una ogni 1-2 milioni di abitanti o meno in caso di regioni con popolazione inferiore. Il servizio telefonico gratuito per le cure a bassa intensità assistenziale deve essere sempre attivo (24 ore su 24 per 7 giorni a settimana). La parte descrittiva del provvedimento spiega che tale servizio deve fornire almeno informazioni, trasferimento di chiamata per consigli o prestazioni del servizio di continuità assistenziale, trasferimento al 118/112 per richieste di soccorso urgente⁹⁷.

Per le **cure domiciliari**, definite come un servizio a valenza distrettuale, lo standard organizzativo da raggiungere gradualmente è la presa in carico del 10 per cento della popolazione oltre 65 anni, come indicato nell'allegato 2 (prescrittivo). Deve essere garantita la continuità assistenziale sulle 24 ore per tutti i giorni della settimana, anche tramite servizi di telemedicina. Non è definita dettagliatamente la dotazione di personale. Quanto ai requisiti tecnologici e strutturali, si fa riferimento all'alimentazione del SIAD e al raccordo con la COT attraverso piattaforme digitali, in modo da facilitare anche l'inserimento dei dati nel FSE. Si rimanda poi all'Intesa sui requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e i requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari. A livello descrittivo si ricorda che sono previsti servizi di diverso livello di intensità e complessità (un livello base e tre livelli di cure domiciliari integrate, ADI) nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato, con un PAI ed eventualmente un Piano di riabilitazione individuale (PRI), programmati a seguito di una valutazione multidimensionale (con rivalutazione periodica). Viene inoltre affermata la necessità di definire criteri omogenei a livello nazionale per individuare gli standard assistenziali e monitorare il progresso quantitativo e qualitativo, nonché per la misurazione delle condizioni di fragilità degli assistiti. La classificazione dei livelli è basata su un coefficiente di intensità assistenziale⁹⁸ e sulla valutazione della complessità, che dipende dalle prestazioni erogate e dai professionisti coinvolti. Deve essere assicurata l'integrazione con i servizi socio-assistenziali di competenza degli ATS e, a tale proposito, si rimanda alla legge di bilancio per il 2022 e relativi provvedimenti attuativi e all'accordo previsto dal DPCM sui nuovi LEA, di cui si è detto. I soggetti che operano nel campo dell'assistenza domiciliare devono godere dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento (di cui si è detto sopra) e devono disporre di una sede organizzativa e operativa. Il responsabile clinico del paziente è il MMG o il PLS. Nemmeno a livello descrittivo viene quantificata la dotazione necessaria di personale, su cui solo si specifica che deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata e deve essere determinata nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente. È sottolineata l'importanza del coinvolgimento del paziente e delle persone che lo assistono in famiglia.

⁹⁶ A tale proposito viene sottolineata la coerenza con le stime della Relazione tecnica della legge di bilancio per il 2022.

⁹⁷ Si rimanda poi alle Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.

⁹⁸ Si veda il paragrafo 3.

La **rete delle cure palliative** integra le attività erogate in ospedale, in ambulatorio, a domicilio, in *hospice* (reparto specializzato per la terapia del dolore e il trattamento dei pazienti terminali)⁹⁹. Le cure palliative non sono limitate alle malattie terminali o a particolari fasce di età. Lo standard strutturale prescritto consiste nella presenza di una unità di cure palliative domiciliari (che assicura l'assistenza sulle 24 ore tutti i giorni della settimana) e un *hospice* (con 8-10 posti letto) per ogni 100.000 abitanti. Per lo standard di personale è prevista la presenza di una équipe da costituire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, anche attraverso misure di riorganizzazione aziendale; l'unità di cure palliative domiciliari, che agisce in integrazione con il MMG per garantire la continuità assistenziale per 24 ore al giorno tutti i giorni della settimana, può essere gestita dalla stessa équipe dell'assistenza domiciliare, purché venga assicurata una apposita formazione. Quanto ai requisiti tecnologici e strutturali si fa riferimento alla prevista definizione di un sistema di erogazione con percorsi di presa in carico e continuità delle cure integrati, sistemi di valutazione e monitoraggio della qualità, produzione e trasmissione di dati¹⁰⁰.

L'**Ospedale di comunità (OdC)** è una struttura intermedia tra ospedale e domicilio volta a evitare ricoveri impropri e a gestire meglio le dimissioni protette e la stabilizzazione clinica, favorire il recupero funzionale e dell'autonomia (Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2020). Esso gestisce interventi sanitari a bassa intensità clinica con necessità di presenza infermieristica continuativa e anche notturna (e assistenza medica programmata o su specifica necessità), non adatti a essere erogati a domicilio, eventualmente anche per l'inidoneità di quest'ultimo (per motivi strutturali o familiari). Lo standard organizzativo previsto è di almeno un OdC con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti¹⁰¹. È richiesta la presenza di 7-9 infermieri (tra cui un coordinatore infermieristico), 4-6 operatori socio-sanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un medico per almeno 4,5 ore al giorno 6 giorni a settimana (oltre alla pronta disponibilità negli orari notturni, festivi e prefestivi, che può coinvolgere medici della continuità assistenziale). La struttura deve essere operativa tutti i giorni della settimana e l'assistenza infermieristica, con il supporto degli operatori socio-sanitari, deve essere assicurata sulle 24 ore tutti i giorni. Per gli standard tecnologici e strutturali si fa riferimento all'attività di raccolta delle informazioni, da integrare con il FSE, e di monitoraggio dei pazienti, anche attraverso la telemedicina, garantendo il flusso informativo sulle prestazioni erogate; inoltre è richiesta la disponibilità di locali idonei per la riabilitazione e di altri specifici locali (ad esempio cucina, lavanderia), che possono anche essere condivisi con altre strutture¹⁰². La parte descrittiva del provvedimento precisa che l'OdC può avere una propria sede o essere situato in una Casa della comunità o in altre strutture polifunzionali, strutture residenziali socio-sanitarie o ospedaliere, pur facendo comunque parte dell'assistenza territoriale distrettuale e non essendo compreso tra le strutture residenziali. Si prevedono, in linea di massima, ricoveri di durata non superiore a 30 giorni. Possono essere realizzati OdC rivolti a pazienti pediatrici e possono essere previsti posti dedicati in ambienti protetti per pazienti affetti da demenza o con disturbi comportamentali. Gli OdC hanno anche la finalità di aumentare la consapevolezza e la capacità di auto-cura e di riconoscimento dei sintomi del paziente e del familiare/*caregiver*. Anche nel caso dell'OdC l'approccio è multiprofessionale. La responsabilità organizzativa è attribuita a un responsabile infermieristico, quella igienico-sanitaria e clinica spetta al medico, che può essere dipendente del SSN o convenzionato (MMG o PLS, SAI).

⁹⁹ Si ricorda che la legge di bilancio per il 2023 dispone che le Regioni predispongano ogni anno, entro la fine di gennaio, un piano di potenziamento delle cure palliative, con l'obiettivo di raggiungere entro il 2028 il 90 per cento della popolazione interessata. Si tratta di un nuovo adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo. Il monitoraggio sull'attuazione è affidato all'AGENAS.

¹⁰⁰ In questo caso i documenti cui si rimanda comprendono gli accordi su requisiti minimi e modalità organizzative per l'accreditamento delle strutture di assistenza in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore e sull'accreditamento delle reti di cure palliative e della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche.

¹⁰¹ Nella parte descrittiva, tuttavia, si propone una flessibilità tra 15 e 20 posti letto, prevedendo la possibilità di realizzare due moduli di questa ampiezza.

¹⁰² Per gli OdC si rimanda poi all'Intesa sui requisiti minimi del 20 febbraio 2020.

Il **Dipartimento di prevenzione** promuove azioni volte a rimuovere i fattori nocivi di origine ambientale, umana e animale, in coordinamento con il distretto e i dipartimenti delle AS (D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche). Per quanto riguarda gli standard organizzativi l'allegato 2 richiede la presenza di un Dipartimento di prevenzione ogni 500.000 abitanti. Inoltre si prevede la disponibilità di professionalità multidisciplinari, nell'ambito delle risorse previste a legislazione vigente. Per il caso di preallerta epidemica, si fa riferimento a quanto previsto dal Piano pandemico nazionale sulla strutturazione di un *team* multisettoriale e ai finanziamenti assegnati dalla legge di bilancio per il 2022 al Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale 2021-2023 (200 milioni per la prima attuazione e fino a 350 milioni per il 2023). L'allegato 2 del Regolamento inoltre elenca le funzioni del Dipartimento di prevenzione e una serie di attività da svolgere, in raccordo con gli enti e le agenzie competenti sulle materie trattate. Per i requisiti tecnologici e strutturali sono richiamati i sistemi di sorveglianza sulla popolazione, oltre a rimandare a precedenti documenti¹⁰³. L'allegato 1, descrittivo, osserva che il Dipartimento di prevenzione è parte della nuova Rete del Sistema nazionale di prevenzione salute, ambiente e clima e contribuisce al costituendo Sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro. Viene ricordato che in accordo con il Piano nazionale di prevenzione 2020-25 il Dipartimento di prevenzione mira a rendere esigibili, applicabili e misurabili i LEA nel campo della prevenzione collettiva e sanità pubblica. Inoltre sono delineati alcuni elementi essenziali dell'approccio da adottare.

Inoltre, il Regolamento riconsidera il **Consultorio familiare** e **l'attività rivolta ai minori**, strutture a libero accesso e gratuite. Se da un lato è previsto come standard strutturale, dall'allegato 2, un consultorio ogni 20.000 abitanti (10.000 nelle aree interne o rurali), dall'altro si tratta di queste strutture (che potrebbero essere collocate nelle Case della comunità) nell'eventualità che siano presenti, circostanza che evidentemente non viene posta come indispensabile, malgrado nella parte descrittiva vi sia un riferimento ai LEA (DPCM 12 gennaio 2017). Per quanto concerne i requisiti tecnologici e strutturali è presente solamente un rinvio al documento sui requisiti minimi per l'esercizio di attività sanitarie.

Infine, per quanto riguarda la **telemedicina e i sistemi di qualità**, l'allegato 2 definisce come standard l'interoperabilità dei sistemi nazionali e regionali a supporto dell'assistenza sanitaria, l'orientamento al superamento della frammentazione tra i sistemi, la prestazione di un supporto all'attivazione dei servizi di telemedicina per i pazienti, l'omogeneizzazione delle interfacce e degli strumenti e l'integrazione con i sistemi di profilazione (quali lo SPID), l'uniformità, la messa a disposizione di servizi uniformi e dotati di elevati livelli di sicurezza, in coerenza con le indicazioni nazionali. Oltre a indicazioni più specifiche sulle caratteristiche dei sistemi informativi del distretto, l'allegato 2 richiede l'adozione di standard di qualità e la predisposizione di documentazione su aspetti quali la gestione del rischio clinico, i protocolli adottati, la comunicazione con l'assistito e con il *caregiver*, la formazione continua del personale e, infine, rimanda alle linee di indirizzo nazionali per la telemedicina e alle indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni di telemedicina. L'allegato 1, descrittivo, si sofferma sull'utilità e sul ruolo della telemedicina, promossa come modalità di erogazione delle prestazioni, raccomandabile nei casi in cui siano dimostrati la pari sicurezza e un simile o migliore rapporto costo-efficacia rispetto alle prestazioni tradizionali, che possono essere così integrate, ma non sostituite. Si osserva inoltre come la telemedicina possa supportare l'attuazione dei percorsi assistenziali integrati afferenti all'area sanitaria e a quella dei servizi sociali e dell'assistenza territoriale. Lo stesso allegato 1 si sofferma anche sui sistemi informativi e di qualità, insistendo, sia pure su un piano descrittivo, sull'utilizzo degli standard adottati a livello nazionale e sulla massima condivisione dei dati tra i professionisti. Inoltre, è richiesta la certificazione degli standard di qualità dei dati da parte della Regione, ad esempio nell'adozione di procedure per la gestione del rischio clinico e di protocolli per affrontare le criticità, misurare le prestazioni e gli esiti, realizzare audit clinici.

¹⁰³ Tra questi, oltre al Piano nazionale della prevenzione, le Linee guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle ASL.