

LA MEDICINA DI PROSSIMITÀ E LE RETI TERRITORIALI*

** Relazione svolta dall'A. nel seminario "L'emergenza sanitaria crisi, ripartenza, riforme", on-line, Centro Studi di Diritto Sanitario, Spisa, 7 luglio 2021*

1. Se si prendano le mosse dalla situazione organizzativa della struttura multicentrica mediante la quale la Repubblica, dal 1° gennaio 1948, esercita "tutela della salute, fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" nella previsione generale della norma sui rapporti etico-sociali contenuta nell'art. 32 Cost., si può tracciare un breve schizzo delle condizioni nelle quali si trovava siffatta tutela al tempo dell'esplosione del Covid-19 in Italia.

L'Ufficio parlamentare di bilancio, che anzitutto della spesa sanitaria nella sua integralità si deve occupare, almeno per via dell'entità di questa, ha reso pubblico un rapporto del 2 dicembre 2019 sullo "stato della sanità in Italia", ponendo in evidenza la serie di differenze disequilibrate, anche assai notevoli, tra le organizzazioni dell'assistenza sanitaria e della tutela della salute poste in essere da ciascuna Regione; inoltre, la scarsa comunicabilità tra il sistema ospedaliero e la medicina territoriale, squilibrio dovuto alla chiusura concettuale della dirigenza di molti ospedali che avvertivano come preminente, in misura forse eccessiva, lo svolgimento del loro ruolo in favore di pazienti di ogni tipo; infine, il mancato rispetto dei LEA in molte Regioni (ciò che era ovviamente ben noto, ma che con la denuncia parlamentare ha provocato una reazione da parte delle Regioni che necessitano del rispetto del livello di prestazione, come vedremo).

Il rapporto parlamentare rileva il disinvestimento compiuto nei decenni precedenti dallo Stato in materia di sanità, con conseguente contrazione del personale e spostamento della

domanda verso il settore privato, e si conclude con la proposta di colmare i divari di capacità di programmazione, gestione e organizzazione esistenti tra le Regioni italiane¹.

2. Su di un'altra premessa economico-sanitaria è opportuno soffermarsi ancor più brevemente.

È stato autorevolmente calcolato che un investimento di 1 euro in **prevenzione** può produrre 2,9 euro di risparmio, in una prospettiva di 4-5 anni, quanto alla spesa per le consuete prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Ciò tenendo conto che l'aspettativa di vita in Italia è di oltre 83 anni, tra le più alte d'Europa².

Sono stati individuati, sin dall'avvio del corso sventurato della pandemia nei primi giorni del 2020, **due pilastri** solidi per la ricostruzione della sanità in regime ordinario:

- vicinanza della tutela della salute al paziente;
- accesso più agevole alle cure – senza distinzioni geografiche – con investimento pubblico progressivamente maggiore nello *smart healthcare*, adozione di soluzioni tecnologiche affidabili ed assai utili per percorsi diagnostici e di cura efficienti e di qualità (il paziente è al centro di una rete di percorsi terapeutici con standard elevati per godere di servizi integrati in tutta Italia).

Sinora circa un milione di persone si sono spostate da Sud a Nord per le cure sanitarie (i viaggi della speranza) per un totale in media di 4,6% dei pazienti meridionali curati negli ospedali del Nord.

¹ L'informazione sul Rapporto si deve a S. CASSESE, *È tempo di curare la sanità*, in *Corriere della sera*, 16 marzo 2021, pp. 1-28, che efficacemente conclude: «Una volta terminato il periodo eccezionale della pandemia, nel quale lo Stato ha il potere esclusivo di dettar norme, si riproporrà il problema della concorrenza tra Stato e Regioni in materia sanitaria, che potrà acuire i già tesi rapporti centro-periferia e i divari regionali. Questi sono compiti da affrontare subito, anche se i risultati saranno visti tra qualche anno. E da affrontare nell'ottica giusta, che è quella di partire dalla domanda di assistenza sanitaria, non dal numero di medici da sistemare».

² Quest'ultimo calcolo è di Eurostat, pertanto è affidabile.

È dunque sotto gli occhi di tutti la necessità di porre mano a nuovi e chiari percorsi assistenziali, personalizzati e integrati con il recepimento di principi ed azioni tipiche dell'assistenza sociale, dunque con caratteristiche multidisciplinari, ma sempre omogenei per qualità e quantità.

Si dispone ormai, come avverte per prima l'industria privata della salute (in auge in Italia, anzitutto in Lombardia per le iniziative economiche più onerose, perfettamente dotate di capitale iniziale; e nel Lazio per la diffusione della medicina di impronta ecclesiastica), di una robotica chirurgica di eccellenza: dunque, anche mediante la diffusione della telemedicina, il quadro integrato della prevenzione e della cura può definirsi in condizione di risultare sempre correttamente disegnato e votato all'inserimento positivo nelle strategie previste dal regolatore – nel Piano nazionale di ripresa e resilienza *Next generation* – ed in quelle che il Governo e l'Istituto superiore di sanità andranno nel tempo a dettagliare per raggiungere lo scopo della copertura di tutto il territorio nazionale mediante una rete di assistenza sanitaria sempre meglio integrata.

3. La sesta missione del Piano è destinata alla “salute”, che nel nostro ordinamento è quel polisenso cui abbiamo appena cercato di avvicinarci.

Le due articolazioni della Missione n. 6 sono scandite dalle definizioni seguenti:

C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

C2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale.

Il finanziamento, leggermente superiore per il secondo gruppo, in totale ammonta ad € 15,63 mld.

In una sintetica presentazione del tema – che affronteremo con prevalente riferimento alla sotto-missione C1 – sono state riportate considerazioni generali dalle quali non è possibile evadere: (i) anzitutto la pandemia ha confermato che la salute è un valore universale; (ii) ha

fatto emergere con massima chiarezza la sua natura di “bene pubblico” fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Il nostro è nel complesso adeguato, «un’elevata speranza di vita alla nascita nonostante la spesa sanitaria sul Pil risulti (con i suoi € 3.500 pro capite) appena inferiore rispetto alla media UE»; (iii) la pandemia, dovrebbe dirsi realisticamente, secondo quanto poteva agevolmente prevedersi, «ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva (si aggiunge: significativamente, sperando che dalla pagina di presentazione contenuta nel Piano esali un aere magico in grado di convincere tutti i soggetti investiti interessati a compiti di servizio) potrebbero essere aggravati dall’accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto» (dove, tuttavia, le tendenze demografiche si manifestano in direzione opposta, con il notorio decremento – patologico – delle nascite, correlato o meno all’incremento – ben più patologico – dei decessi).

Costruito il quadro dei fatti rilevanti e quello normativo essenziale di riferimento³, la presentazione della missione n. 6 si conclude con l’illustrazione dettagliata delle “due componenti” nella quali si articola.

Anzitutto il testo fa riferimento per l’assistenza sanitaria territoriale alle “reti di prossimità”, che vengono definite come *strutture intermedie*; inoltre viene subito in considerazione la *telemedicina*, che, per la verità, alcuni dubbi continua a suscitare, data la difficoltà di tener

³ Nella presentazione della sotto-missione C1 si legge ancora: «Vi sono: (i) significative disparità territoriali nell’erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un’inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l’erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari».

Assai rilevante è la seconda serie di queste considerazioni conclusive della presentazione dei problemi affrontati nel Piano: «L’esperienza della pandemia ha inoltre evidenziato l’importanza di poter contare su un adeguato sfruttamento delle tecnologie più avanzate, su elevate competenze digitali, professionali e manageriali, su nuovi processi per l’erogazione delle prestazioni e delle cure e su un più efficace collegamento fra la ricerca, l’analisi dei dati, le cure e la loro programmazione a livello di sistema».

vivo nel colloquio telematico il rapporto umano diretto tra paziente e medico a lui dedicato ed anche quello tra medici in consultazione.

Per fugare siffatta perplessità nel progetto si osserva: «*gli interventi di questa componente*» attuano un metodo di rinforzo delle «*prestazioni erogate sul territorio*» potenziando le strutture di tutela della sanità con la «*creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi sociosanitari*».

4. Visto che il trattamento sanitario degli anziani e delle persone definite *fragili*, in quanto soggette per età o per morbilità ad un rischio di morte estraneo alla pandemia, costituisce *magna pars* delle norme *sub C1* (e non trascurando che sono stati ben 127.704 i decessi per infezione virale Covid-19 in Italia nel 2020 e fino al 6 luglio 2021), è opportuno prendere le mosse – con scelta radicale – da quella forma di tutela della salute che si incentra sulla medicina di base, quella diffusa su tutto il territorio nazionale.

Sul punto può anzitutto osservarsi che di una pianificazione nazionale della tutela della salute si è sempre avvertito il bisogno nel nostro ordinamento e che il Piano 1999-2000 è servito apparentemente a limitare la presenza dei plessi ospedalieri surrogabili nel loro servizio da altri più vicini alle maggiori concentrazioni della popolazione.

Quel Piano, però, per la prima volta ha introdotto il principio delle “cure a casa” compito del medico di famiglia – una categoria, nel frattempo, in via di discreta ma spesso lenta organizzazione sostanzialmente spontanea –; inoltre, “sussidi economici per le famiglie” che curano l’infermo, anche se questa seconda attività si è spesso dispersa nei corridoi delle Regioni italiane.

Nasce così l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che eredita molto *know how* dal precedente Progetto obiettivo 1991-1995, dedicato alla sola tutela della salute degli anziani, modello assistenziale per piani di intervento personalizzati.

Nel 2021 ADI entra, giustamente, nei LEA, implicando, com'è ormai chiaro, un'assistenza sociosanitaria a tutto campo e dunque non limitata al contrasto alla patologia fisica.

Le finalità di ADI sono anzitutto la cura delle patologie trattabili a domicilio, metodo che presuppone una corretta diagnosi e che tende anche ad evitare l'inutile e spesso drammatico affollamento dei pronto soccorso e in generale dei reparti ospedalieri; in secondo luogo, l'assistenza domiciliare integrata offre *continuità* di cura al paziente; supporti alla famiglia; recupero delle capacità residue del paziente in termini di autonomia (è possibile seguirlo h 24) e nella capacità di curare relazioni familiari e sociali; dunque offre *qualità della vita* sino alla sua estinzione.

Il finanziamento di sette miliardi di euro servirà, nel PNRR, ad attuare una preziosa "riforma", quella dei *servizi sanitari di prossimità*, strutture standard collocate a rete per la cura e l'assistenza sul territorio.

Questa riforma presuppone tre "*investimenti*": il primo per la realizzazione di *Case della Comunità* e per la *presa in carico della persona* (due miliardi); il secondo per l'istituzione di *casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina* (quattro miliardi); il terzo investimento, di un miliardo, evidentemente confluyente o almeno rapportabile agli altri due, è intitolato allo *sviluppo delle cure intermedie*.

Sulla *Riforma* il PNRR offre, a completamento del suo titolo, l'esplicitazione della finalità "*nuova strategia sanitaria*", *sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo*, in vista di *standard di cura adeguati, in linea con i migliori Paesi europei*. Al termine del processo riformatore, il servizio sanitario nazionale andrà considerato *parte di un più ampio sistema di welfare comunitario*.

Si delineano infine due scadenze assai rilevanti nella prima *Riforma*: entro quest'anno, 2021, si dovranno definire con decreto ministeriale *standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture ad esse deputate*; entro metà 2022, dopo la presentazione di un disegno di legge alle Camere, dovrà procedersi alla *definizione di un assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico (one-health)*⁴.

5. Ora, deve subito osservarsi che la costituzione delle reti territoriali per la prevenzione, cura e riabilitazione, nonché per le malattie croniche, conta su di un numero certamente adeguato di *medici di base o di famiglia*.

Se ne contano in Italia 46.000 attualmente, per una media regionale di 2.300 medici (la Puglia ne conta 3.300).

Chi scrive ha avuto l'opportunità di chiedere ed ottenere un'intervista dal dott. Filippo Anelli, che presiede la Federazione nazionale degli Ordini dei medici e che ha affrontato i gravi problemi della pandemia, dandone spesso conto all'opinione pubblica mediante partecipazione a dibattiti televisivi con altri medici, riuscendo a limitare efficacemente anche il fenomeno oggettivamente imbarazzante delle astensioni dei medici di base dalla loro vaccinazione.

I medici di famiglia, patrimonio tradizionale quanto rilevante per la tutela della salute degli italiani, hanno affrontato l'improvvisa deflagrazione della pandemia a mani nude dinanzi a carri armati, come i giovani studenti ed operai cinesi nella piazza Tienanmen dal 16 aprile al 4 giugno 1989 (ultima rivolta popolare utile prima della caduta del muro di Berlino).

⁴ Sul sistema di finanziamento della sanità, sul patto di stabilità sanitario del 2021, sui nuovi LEA e sulle prospettive della sanità digitale cfr. C. BOTTARI, *La tutela della salute: lavori in corso*, Torino, Giappichelli, 2020.

Si vuol ricordare che la fase di prima risposta organizzativa contro la pandemia non è stata fortunata né felice.

I primi presidi centrali hanno deluso assai, tra un abuso (acquisto di mascherine cinesi inidonee) e l'altro; assenza prolungata di tute sanitarie per medici, infermieri e amministrativi di ASL e residenze sociali per anziani (RSA), assenza di posti letto, in particolare nei reparti di terapia intensiva; carenza di ossigeno in molti ospedali; residenze sanitarie per anziani prive di sorveglianza, istruzioni e regole speciali di comportamento da parte delle Regioni, spesso prive di ossigeno, di medicinali di primo intervento, ma soprattutto della consapevolezza della necessità dell'isolamento più integrale dei degenti almeno durante la fase di espansione della morbilità.

È certo che, oltre agli anziani assistiti nelle strutture lombarde, siciliane, venete, napoletane, piemontesi, emiliane, toscane, ecc., decimati dal Covid, ben 363 medici (oltre agli infermieri) sono deceduti per Covid per effetto diretto della disorganizzazione quasi totale durante il non breve periodo iniziale della pandemia e dell'organizzazione sociosanitaria e sanitaria per i numerosissimi pazienti colpiti da infezione acuta.

Si ignora se il Ministero della salute sia al corrente della c.d. *gobba pensionistica* prevista per il 2027: il 60% dei medici di prossimità andranno in pensione, tanto che la Federazione presieduta da Anelli si accinge a chiedere formalmente al Governo che, mediante nuove norme organizzative dell'istruzione universitaria per giovani medici, si riesca a passare presto – abbiamo circa sei anni – da 46.000 a 66.000 medici, in modo da poter affrontare la “gobba” senza patemi.

Abbreviare la carriera degli studi dei giovani medici non è scelta priva di rischi, anche seri, ma una rapida e incisiva modifica dei *curricula* universitari che li riguardano potrebbe giustificare la riduzione del requisito del conseguimento di una specializzazione all'iscrizione all'ultimo anno e anche al penultimo anno della propria Scuola, le esperienze

successive potendo essere “guadagnate” sul campo da giovani medici preparati in vista di resilienti o nuove pandemie⁵.

Si tratta di riprodurre a regime i decreti mediante i quali durante il pieno della pandemia giovani specializzandi sono stati ammessi alle procedure concorsuali di assunzione temporanea nelle ASL, che, tutte, ne avvertivano la necessità per fronteggiare negli ospedali l’arrivo di pazienti in gravi condizioni.

Nel prospettare il passaggio dal rapporto di lavoro precario a quello a tempo indeterminato, tuttavia, ai candidati dovrebbe essere stata impartita anzitutto una speciale formazione dall’Università di provenienza – ciò che sta già verificandosi in alcuni Atenei –, sì che gli anni ridotti di scuola di specializzazione in qualsiasi disciplina medica siano, tuttavia, sufficienti a garantire l’affidabilità del medico.

Si tratta di una vera e propria condizione di buona amministrazione declinata in termini di prudenza particolare nelle assunzioni di medici anche nello stato di necessità determinato, nel nostro caso, dalla pandemia Covid-19: prudenza che la dottrina ha più volte sottolineato⁶.

⁵ Cfr. art. 2-ter del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 (conv. l. 24 aprile 2020, n. 27), così come da ultimo modificato dal d.l. “Rilancio”, 19 maggio 2020, n. 34 (conv. l. 17 luglio 2020, n. 77), che consente alle ASL di fronteggiare l’urgenza estrema conferendo, durante l’emergenza, incarichi individuali a tempo determinato previo avviso pubblico.

Il comma 5 del citato art. 2-ter del d.l. 18/2020, modificato dal decreto Rilancio, prevede che: «*Gli incarichi di cui al presente articolo possono essere conferiti per la durata di sei mesi anche ai medici specializzandi iscritti regolarmente all’ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione. Tali incarichi sono prorogabili, previa definizione dell’accordo di cui al settimo periodo dell’articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 31 dicembre 2020. Nei casi di cui al precedente periodo, l’accordo tiene conto delle eventuali e particolari esigenze di recupero, all’interno della ordinaria durata legale del corso di studio, delle attività formative teoriche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. Il periodo di attività svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti in proporzione all’attività lavorativa svolta*».

⁶ Cfr. su ciò, soprattutto, M.A. SANDULLI, *Introduzione a L’assistenza domiciliare integrata. Esperienze, problemi e prospettive*, Atti del webinar 18 ottobre 2020, a cura di M.A. Sandulli (coordinamento di N. Posteraro), Napoli, ES, 2021, et cetera.

6. L'espressione di altre esigenze da parte dei medici di base, definiti, ormai, di prossimità all'abitazione del paziente, prende le mosse dall'opinione comune secondo cui il PNRR risponde perfettamente alle aspettative dell'Unione europea, soprattutto nelle previsioni aventi ad oggetto nuove strutture che certamente potranno giovare alla causa della tutela della salute non soltanto nelle occasioni di pandemia; tuttavia – si osserva – il PNRR presuppone una serie di coordinamenti da parte del Governo allo scopo di pervenire ad un provvedimento o ad una serie di interventi strettamente collegati tra loro che promuovano tra le attività sanitarie e sociali anzitutto quelle strettamente mediche.

In particolare, si osserva che tuttora manca uno standard di sicurezza del lavoro quotidiano del medico; inoltre, che il compenso orario di quaranta euro non è equo, né paragonabile a quello praticato negli altri Stati membri dell'Unione.

Piuttosto è necessario chiedersi se sia corretto lasciare i medici in questione nell'attuale condizione professionale privata, o se, sull'esempio del Regno unito ed anche della Spagna, non sia opportuno riportare la loro funzione alle ASL di riferimento, lasciando costituire piccoli gruppi indipendenti di medici di prossimità che si riuniscono per reciproca e fiduciaria scelta delle diverse specializzazioni, e che si comportano nel lavoro secondo protocolli (e ovviamente leggi e regolamenti vigenti), convenuti nel gruppo e con la Regione potendo essi assicurare, in tal modo, un'esigibilità di prestazione e disponibilità in pratica molto maggiore di quella attualmente possibile per i professionisti che fungono da medici di famiglia, ma si occupano *jure* anche di altri e diversi impegni lavorativi (lavori presso cliniche private, ambulatori, prestazione di consulti, oltre alle consulenze tecniche giudiziarie, ecc.).

Si potrebbe prospettare questo lineamento organizzativo di grande rilevanza sociale, forse conseguendo un risultato migliore e soprattutto più prevedibile e più disponibile di quanto

non accada oggi; mentre per i medici la prospettiva di una ben maggiore tutela della propria salute e del lavoro in un gruppo omogeneo di libera scelta potrebbe compensarli della perdita di qualsiasi forma di libertà professionale.

La “rete” sarebbe proposta dai gruppi di medici che hanno scelto reciprocamente i colleghi ritenuti migliori, ovviamente dietro approvazione statale o regionale; e la telemedicina è agevolmente e utilmente applicata tra culture mediche diverse, una “scelta” costantemente frequente in favore di pazienti che, a loro volta, beneficiano di operazioni sperimentate già più volte da quell'équipe elettiva. Certo è che in Inghilterra questo genere di medici-rete frequenta tutti i pazienti che li richiedono con successo personale quanto ai risultati delle visite; ed è diffuso il convincimento che la presenza di un medico accanto al letto di casa di un paziente in condizioni gravi equivale a quella di cinque medici specialisti in settori diversi della medicina, collegati abitualmente con il primo e stretti dal rapporto fiduciario derivante dalla scelta reciproca dei partner, scelta, come si è cennato, sottoposta all'approvazione regionale e/o ministeriale.

Come è noto la programmazione economica generale dell'Unione europea, contenuta nell'Agenda 2030, per lo sviluppo sostenibile, valorizza il partenariato pubblico-privato occupandosi anche della salute nell'obiettivo 3 e –come è inevitabile – in non pochi target dedicati all'ecologia, all'aumento della temperatura del pianeta, ecc.

Non c'è, del resto, che da scegliere.

L'impegno pubblico sarà totale ma non basterà se anche da parte delle imprese, delle famiglie, del terzo settore, della Repubblica, insomma, manchi un impegno senza sosta per il conseguimento del risultato di salute generale nella popolazione con una prospettiva di rete sanitaria europea per casi più frequenti, ma anche internazionale per le cure preventive, le diagnosi delle malattie meno note e più complesse.

Come risulta alla Federazione degli Ordini dei medici, in Italia si registra una spesa sanitaria annuale di 120 miliardi, per un terzo erogati sotto forma di ticket e di prestazioni private nei reparti ospedalieri “paganti”. Inoltre, l’accreditamento della struttura ospedaliera privata istituisce il rapporto tra pubblico e privato in favore dei pazienti, mediante una procedura che in parte si svolge con modalità e livelli di garanzia differenti tra una Regione e l’altra (e che sarebbe necessario riportare ad uniformità in favore del modulo più garantito, sperimentato, che sia comunque agevolmente controllabile).

È stata opportunamente osservata in dottrina la rilevanza della subordinazione dell’accreditamento – concessione all’operatore sanitario privato di attività sanitaria integrativa di quella pubblica di interesse della Repubblica a tutela della salute – alla dimostrazione del possesso di un alto numero di posti-letto di terapia intensiva, posti generalmente (salvo pandemie) non remunerativi per l’impresa. Ciò accade puntualmente nelle concessioni di accreditamento emanate dai Länder⁷.

7. Come è noto, il Piano nazionale approvato dalla Commissione europea nel giugno 2021 dedica 15,63 mld alla Missione 6, cioè alla realizzazione delle “Reti di prossimità, strutture della telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” (7 mld); nonché all’innovazione tecnologica, ricerca e digitalizzazione del SSN (8,63 mld).

E si osserva anche la presenza di una “Riforma” e di tre “Investimenti” dedicati (pp. 227-230) alla prima che è presentata con il titolo «*Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l’assistenza sul territorio*».

⁷ Cfr. D. DONATI, *Dopo il contagio. Quattro tracce per la riprogettazione dell’assistenza domiciliare*, in M.S. SANDULLI (a cura di), *L’assistenza domiciliare*, cit., p. 87.

L’A. osserva che proprio la “domiciliarizzazione” delle cure è l’epifenomeno del «*sentire del paese oggi* (nel quale) c’è un evidente favore per l’avvicinamento delle strutture sanitarie alle persone». La riprova si rinviene nell’alta percentuale di risorse finanziarie che il d.l. 34/2020 ha assegnato all’assistenza domiciliare: il 40% di 3.25 miliardi destinati alla sanità (p. 88).

7.1. La strategia sanitaria espressa nel Piano è definita «nuova» e ne abbiamo osservato l'articolazione in tre settori essenziali.

Il primo, il più urgente, fonda sulla realizzazione di Case della Comunità (1° investimento 2 mld per 1288 case entro il 2026) e presa in carico della persona.

Il secondo si concentra su *assistenza domiciliare* (casa di abitazione del paziente come primo luogo di cura) e telemedicina (4 mld).

Il terzo riguarda lo *Sviluppo delle cure intermedie* (con la costruzione di 381 *Ospedali di Comunità* –1 mld – entro il 30 giugno 2026).

Sulle Case della Comunità

La nuova struttura è motivata anzitutto dall'esigenza di fronteggiare al meglio le malattie croniche e ogni altra morbilità. Sono previste 1.288 Case, una ogni 50.000 abitanti, già esistenti oppure di nuova – e rapida – costruzione: entro giugno 2026 il sistema dovrebbe funzionare evidentemente con la collaborazione di Regioni, Comuni e imprese.

Si tratta di offrire alla popolazione il punto di riferimento continuativo mediante (i) un'infrastruttura informatica in ogni Casa di Comunità; (ii) la costituzione di “un punto prelievi” per le analisi scientifiche della biologia umana (e per le donazioni di sangue, dovrebbe presumersi); (iii) e la strumentazione polispecialistica (da rinnovare ogni 5 anni, nella corretta ma in concreto ottimistica previsione esternata dall'odierno Ministro della salute); quanto al fine le Case (iv) devono garantire «la promozione, la prevenzione per la salute e la presa in carico della Comunità» dei circa 50.000 abitanti⁸.

⁸ Tra i servizi si prevede l'istituzione di “un punto unico di accesso” (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e per i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, sono dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

7.2. Secondo la Federazione degli Ordini dei medici non più di otto componenti medici potranno restare nelle Case, oltre ad un numero adeguato di infermieri e qualche psicologo. Ma perplessità restano vive soprattutto nella previsione della “gobba pensionistica” del 2017; appena entrate in funzione le nuove Case non troverebbero i medici necessari a farle vivere ed a giustificarne l’attrezzatura, oppure sarà la rete dell’assistenza domiciliare a subire non pochi strappi con grave danno per i degenti: l’incremento controllato e mirato, prudente ma deciso, del numero dei medici di base è dunque indispensabile per garantire il funzionamento del sistema prefigurato nel Piano⁹.

7.3. Un accenno alla “*Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina*”.

La medicina domiciliare è, per opinione ormai diffusa, il futuro della prima cura efficace, cura che deve essere posta in condizione di assistere il paziente fino alla guarigione. Nel Piano nazionale si calcola di dedicare, entro il 2026, l’assistenza domiciliare integrata al 10% della popolazione superiore ai 65 anni con patologie croniche oppure a pazienti non autosufficienti.

È necessario individuare queste ultime situazioni patologiche che vivono celate, talvolta per pudore, nel privato: a tal fine sono state programmate nell’investimento 2 tanto l’applicazione della nuova tecnologia (telemedicina, ecc.) quanto l’istituzione di un sistema informatico in ogni ASL per rilevare i dati clinici in tempo reale quanto infine 602 COT (Centrali operative territoriali) – una per ogni distretto sanitario oggi attivo – per coordinare

⁹ In Puglia l’Università del Salento da tempo e la LUM di Casamassima, nonché in Basilicata l’Università di Potenza, intendono aprire subito Facoltà-Scuole di Medicina. La notizia è confortante, ma, ovviamente, non saranno queste nuove iniziative ad incidere, se non tra circa un decennio, sul fabbisogno di personale medico.

i servizi domiciliari con altri servizi sanitari, anzitutto gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza¹⁰.

7.4. Qualche parola il Piano nazionale riserva alla telemedicina, che presuppone una competenza tecnologica di medici e di qualunque operatore sanitario: le riserve sull'assenza di contatto umano, che sono fondate, non bastano tuttavia a negare l'utilità dello strumento, soprattutto adoperabile nel rapporto con il paziente, ma altresì per consulti e informazioni tra sanitari di tutto il mondo, in concreto con preferenza per la rete europea che diverrà sempre più domestica.

Non sembra del tutto felice l'apposita previsione «utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche», finalità dell'investimento che, così come è espressa, sembra voler favorire l'assenza di visite mediche di persona e la regola opposta che privilegia esclusivamente quelle mediatiche in caso di pazienti cronici, i quali, dunque, rischiano di non incontrare i “loro” medici perché sostituiti da un macchinario.

È vero, invece, che i servizi sanitari e sociali innestati nella rete della telemedicina sono un “formidabile mezzo” per il progressivo azzeramento di ogni divario espresso tuttora da una pluralità notevole di territori nel nostro Paese; diffondere le esperienze terapeutiche praticate per i singoli assistiti; incidere positivamente sull'efficienza della sanità regionale tramite, oltre alla promozione di assistenza domiciliare (talora rara), anche di quella concernente i protocolli di monitoraggio da remoto.

¹⁰ Per la realizzazione «di tali interventi si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata» necessari per coordinare «i livelli istituzionali e degli enti coinvolti».

Spetta, infatti, alle Regioni presentare proposte – che dovranno rispettare le priorità e le stesse linee-guida formulate dal Ministero – di finanziamento statale di progetti specifici di telemedicina concernenti qualsiasi ambito clinico¹¹.

In vista del loro finanziamento, saranno privilegiati, prevede il PNRR, i progetti che «insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti e ambiscono a costruire vere e proprie piattaforme di telemedicina facilmente scalabili».

Appare evidente che il Governo abbia riservato allo Stato la gestione avveduta e uniforme dei finanziamenti, ma anche la conformazione dei progetti regionali concernenti le applicazioni utili della telemedicina che quei finanziamenti potrebbero ricevere.

Ed è difficile dubitare dell'opportunità di siffatta scelta, dal momento che senza un sapiente coordinamento centrale si corre il rischio, esorcizzato spesso tra le righe nel PNRR, di provocare o almeno non impedire la violazione dei LEA, alimentando, per giunta, le antinomie tra le Regioni più gelose dei loro risultati perché più dotate di mezzi finanziari e di medici e infermieri, nonché – sovente – di una tendenza *al fare* che altre Regioni, meno dotate, non hanno manifestato sinora in materia di assistenza sanitaria.

A questo proposito va osservato che, a seguito di una recente iniziativa della Vice-Ministro dell'economia e delle finanze che ha promosso un definitivo accordo concluso il 16 giugno tra le parti sociali, in particolare con le Regioni e i Comuni, in base al quale viene abolito il metodo di riparto del trasferimento finanziario proveniente dallo Stato con il criterio della “spesa storica”, che null'altro che ingiustizia fiscale ha seminato per lunghi anni, soprattutto nel Meridione d'Italia, si torna al riparto, effettuato su base oggettiva e non patologica, secondo il numero di abitanti della Regione e di ciascun Comune.

¹¹ Tali progetti dovranno, però, «potersi integrare con il Fascicolo sanitario elettronico, per raggiungere target qualitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del SSN; nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari».

La Corte costituzionale, con la sentenza 12 marzo 2021, n. 37, ha correttamente ricondotto la pandemia tuttora in corso alla materia dei rapporti scaturiti da episodi di profilassi internazionale di cui all'art. 117, comma secondo, lett. "q", riservati alla legislazione esclusiva dello Stato: sicché, non soltanto per via dei contratti di acquisto di vaccini, ma per la regolazione degli ingressi nel territorio nazionale di cittadini di Stati esteri particolarmente colpiti dal virus e della reciproca situazione degli italiani all'estero, è lo Stato che deve intendersi responsabile delle scelte di prevenzione, anche terapeutica, di fondo e di un'organizzazione che valorizzi la leale collaborazione tra Stato e Regioni, senza dover subire iniziative contrastanti con quelle responsabilmente elaborate e dettate dal primo.

8. Infine, con l'*Investimento 3. Sviluppo delle cure intermedie*, il PNRR prevede l'istituzione dell'*Ospedale di Comunità*¹².

Si tratta di una struttura con una dotazione di posti letto da 20 a 40 e «a gestione prevalentemente infermieristica».

Anch'essa risponde, come l'assistenza domiciliare e le Case della Comunità, all'esigenza di ridurre gli «accessi impropri» ai servizi sanitari. Il Piano fa l'esempio del ricorso dei cittadini al pronto soccorso o direttamente ai reparti ospedalieri.

L'Ospedale di Comunità si colloca nel Piano anche come sosta di controllo e preparazione del paziente che, dimesso dalla terapia intensiva – o comunque dall'ospedale generale, reparto per acuti – per proseguire la profilassi a casa, si sofferma per qualche giorno nell'Ospedale di Comunità in tal modo favorendo l'apprestamento nell'ambiente

¹² Ovvero di una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che prospettano, secondo la diagnosi, degenze di breve durata, per «interventi sanitari a media/bassa intensità clinica».

domestico, che dopo poco sarà investito dalla sua presenza, di attrezzature di soccorso, spazi esclusivi, ecc.

Le “cure intermedie” dispongono di 1 mld e la loro attrezzatura ospedaliera dovrebbe essere operativa entro il 30 giugno 2026. Quanto al personale sanitario, al suo reclutamento e alla spesa relativa, il Piano si riferisce espressamente all’ambito delle *risorse vigenti* per le quali è stato previsto un incremento delle dotazioni del personale definito «strutturale».

Si tratterà, pertanto, anche in questo caso, di un impegno di spesa sanitaria di notevole portata.

Nessuno può negare che il Piano, per la sua acuta serie di previsioni anche spazio-temporali ed il gradualismo nel quinquennio nel quale innesta la realizzazione delle opere più onerose e difficili da attrezzare, non sia riconducibile ad uno dei tanti episodi di programmazione di impegni di fare e di risorse finanziarie di Stato e di Regioni sfortunatamente trascurati dopo qualche tempo, magari all’insorgere di difficoltà finanziarie nella spesa pubblica.

È in gioco, sotto gli occhi di tutti gli italiani e degli altri cittadini europei, un doveroso successo attingibile mediante uno sforzo organizzativo e operativo-gestionale della Repubblica intera in un settore di pubblico servizio sociale che, per via dell’universalità delle sue prestazioni (con la gratuità di tutte quelle d’urgenza per chiunque, anche per il latitante, tendenziale gratuità, o al massimo, semigratuità di ogni prestazione ospedaliera, anche specialistica, ecc.), ha meritato sinora l’ammirazione generale; e ciò nonostante la frequente scarsità di apporto normativo coerente e chiaro che nel tempo, dalla istituzione degli enti ospedalieri regionali – figli precoci di madre *nondum nata* – previsti dalla legge “Mariotti” n. 132 del 1968 e realizzati con decreti legislativi del 1969, fino alla riforma

recata dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale mediante le Unità sanitarie locali n. 833 del 1978, con il successivo decreto (Bindi), concernente il personale medico ed il suo stato giuridico ed economico ed oltre, e, ai giorni nostri, la classe politica che ha sinora governato spesso non si è dimostrata in grado di esprimere con leggi opportune, utili, semplici e, per quel che è possibile, tempestive e “oneste”.

Ma il Piano nazionale di ripresa e resilienza non consente recriminazioni sulle vicende trascorse nella gestione della sanità (settore oggetto di frequenti e ormai “storici” tagli di finanziamento, chiusure di reparti e di interi ospedali o) e semplicemente comporta un nuovo approccio ai nostri problemi della salute che esprima fiducia nelle nuove strutture: coraggio nell’impegno di farle funzionare senza invaderle inutilmente, autocontrollo nell’offerta e nella ricezione in sede di studio di specialità delle più raffinate e ad un tempo vaste nozioni internazionali della medicina di oggi, ricca di collegialità nelle apposite reti di cui una scelta politica felice intende dotarla.