

Osservatorio sui sistemi sanitari

Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario regionale*

Carlo Bottari**

Osservatorio sui sistemi sanitari

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Democrazia diretta e democrazia rappresentativa. – 3. L'arcipelago dei sistemi sanitari regionali. – 3.1. Le case della salute. – 3.1.1. La nuova disciplina lombarda. – 3.1.2. Il modello veneto. – 3.1.3. Il sistema emiliano-romagnolo. – 3.2. L'integrazione tra sociale e sanitario. – 3.2.1. L'assistenza a domicilio. – 3.2.2. Il welfare di comunità.

1. Premessa

Per chi è invitato a portare il proprio contributo allo studio dell'evoluzione del nostro sistema di sanità pubblica, l'esito del referendum costituzionale del dicembre 2016, da un lato, ha risolto determinanti problemi di natura interpretativa ed applicativa e, dall'altro, ha lasciato aperte molte importanti problematiche che assillano gli operatori e che incidono notevolmente sulla qualità del Servizio e sulla, ormai ineludibile, necessità di un effettivo contenimento della spesa sanitaria.

Ed, in particolare, lascia irrisolte le tante, ormai fossilizzate, evidenti disparità di trattamento riscontrabili nei diversi sistemi sanitari regionali, non fornisce agli operatori, ed in particolare agli utenti, quelle risposte che da tempo si attendono, quali, ad esempio, quelle in ordine alla distribuzione di vaccini e farmaci, con tangibili conseguenze anche in ordine all'incremento della spesa sanitaria.

* Relazione al XV Convegno nazionale di diritto sanitario "Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?", organizzato ad Alessandria, il 16-17 novembre 2017, dal Centro d'eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell'Università del Piemonte Orientale. Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

** Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico nell'Università di Bologna, carlo.bottari@unibo.it

D'altro canto, rimanda le medesime problematicità a quelle stesse Regioni che ormai facevano affidamento su di una graduale deresponsabilizzazione in diversi ambiti di materia, sgravandole di oneri ed interventi normativi non sempre accettabili dalle popolazioni locali e forieri di negativi e preoccupanti ritorni di carattere politico.

Problemi che, anzi, sono andati accentuandosi proprio a seguito del risultato referendario, che ha alimentato una sempre più aspra conflittualità tra i diversi attori coinvolti in questo processo di riforma e che trascinerà tali conseguenze in tutti i prossimi mesi fino a quando non si procederà ad una formazione della compagine parlamentare.

Ciò porta a riflettere sulla esigenza di agire con estrema prudenza ogniqualvolta si intenda coinvolgere la volontà popolare su quesiti che non coinvolgano direttamente interessi personali di ogni cittadino, bensì proponimenti riformatori che contengono caratteri più squisitamente politici che, nonostante la loro validità e fondatezza, porteranno inevitabilmente, sia nel caso di un risultato che nell'altro, ad un acuirsi dei rapporti all'interno delle stesse coalizioni politiche, tanto di maggioranza che di opposizione, che intervengano in iniziative istituzionali di così marcata rilevanza.

Per contro, come si dirà tra breve, le mutate condizioni economiche e sociali portano, inevitabilmente, ad una inopportuna esasperazione della lotta referendaria che produce, quale ultimo risultato, il mantenimento dello status quo, per quanto riguarda i profili che interessano il necessario adeguamento dell'ordinamento, ed un conseguente inasprimento del confronto politico la cui direzione appare difficile prevedere.

Ma partiamo con ordine.

2. Democrazia diretta e democrazia rappresentativa

La prima riflessione che sorge spontanea, soprattutto, allo studioso del diritto costituzionale, è che il complesso procedimento di revisione costituzionale studiato dall'Assemblea Costituente ed ancora oggi disciplinato dall'art. 138 della Costituzione, certamente ha avuto una sua logica e validità fino alla svolta determinatasi a partire dagli anni novanta del secolo scorso, perchè ha consentito il mantenimento di un corretto confronto democratico, mantenendo quel principio di necessaria condivisione delle proposte di revisione costituzionale tra le componenti di matrice cattolica e quelle laico-marxiste, che sta alla base della natura sostanzialmente compromissoria del nostro testo costituzionale.

Tanto è vero che i diversi tentativi di revisione portati avanti da maggioranze anche opposte e diverse, sono tutti falliti proprio per la difficoltà di individuare una indispensabile sintesi tra i diversi attori del processo stesso, e di mediare, con effettiva convinzione, tra le istanze di preta derivazione cattolica e quelle più convinta tradizione laica.

Ma, indubbiamente, a partire dalla completa ed inevitabile trasformazione del nostro sistema dei partiti politici, che ha fatto seguito sia alla caduta del muro di Berlino che alle attendibili conseguenze di tangentopoli, proprio la nascita di quel sistema sostanzialmente bipolare, e che oggi, fra l'altro, si è evoluto in una tripolarità, ha fatto sì che molte delle ragioni che avevano consigliato e supportato le scelte della prima fase costituzionale si

rivelassero, nel tempo, non più in linea con le esigenze di un accelerato confronto politico fortemente condizionato dalle scelte, di natura economica, derivanti dall'appartenenza a determinati contesti internazionali.

Tutto ciò ha determinato l'asserita legittimazione anche di una semplice maggioranza parlamentare ad intervenire su parti sostanziali del testo costituzionale, quali i principi strettamente legati ai profili organizzativi fra gli organi dello Stato o quelli coinvolgenti il sistema interno di decentramento delle funzioni istituzionali. Vale a dire, un nuovo procedimento di revisione costituzionale all'interno del quale l'ipotesi referendaria, seppur facoltativa, appare poco necessaria ed opportuna, dal momento che subentra il rischio, già più volte sperimentato in altre precedenti competizioni referendarie, che l'elettorato non si rechi al seggio per esprimere la sua opinione in merito alle proposte innovazioni normative, come era nelle prospettive dei nostri padri costituenti, bensì unicamente per una non richiesta indicazione di carattere puramente politico, tanto di maggioranza quanto di opposizione. Non vi è dubbio che, in tale rinnovato contesto, un referendum, sia esso consultivo, abrogativo o costituzionale, mal si concilia con quei caratteri propri del nostro testo fondamentale che delineano chiaramente una democrazia rappresentativa con ben limitate e circoscritte occasioni di espressione diretta della volontà popolare.

Chiudo queste brevi considerazioni introduttive, che andrebbero ben più ampiamente approfondite e opportunamente supportate, ma che rispondono all'esigenza di evidenziare come disposizioni che ben a ragione avrebbero potuto inserirsi in un rinnovato contesto costituzionale – mi riferisco ovviamente a quelle concernenti il diritto alla tutela della salute – sono state rigettate senza che sulle stesse si svolgesse una doverosa riflessione da parte del cittadino chiamato alle urne, che, perlopiù, ha votato senza sapere su cosa andava a votare ma unicamente per esprimere una, istituzionalmente non richiesta, preferenza da un punto di vista strettamente politico.

3. L'arcipelago dei sistemi sanitari regionali

La nuova formulazione dell'art. 117, proposta ed approvata in sede parlamentare, e non più in sede popolare, sarebbe intervenuta per sanare una situazione che ormai si è stabilizzata da tempo nel nostro sistema di ripartizione delle competenze. Dalla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, si è andato, infatti, consolidando un orientamento secondo il quale gli aspetti più strettamente di carattere programmatico ed organizzativo si ritengono pienamente devoluti alle prerogative regionali, dando, così, vita a quell'arcipelago di sistemi sanitari regionali all'interno del quale, da tempo, siamo venuti a trovarci. A parte le evidenti disparità riscontrabili a proposito dell'attribuzione dei finanziamenti, con gli interventi compensativi della Conferenza Stato-Regioni, e nelle stesse modalità di gestione ed erogazione a fronte delle prestazioni sanitarie che dovrebbero seguire protocolli e tariffari perlopiù equivalenti sull'intero territorio nazionale, importanti scostamenti emergono nella distribuzione dei farmaci, dei vaccini, nell'accesso a metodologie inno-

vative come quelle in materia di fecondazione assistita. Ma gli aspetti che maggiormente risaltano sono quelli in campo organizzativo¹.

3.1. Le case della salute

Si potrebbero portare molteplici esempi che conducono a sostenere tale considerazione: pensiamo all'attuazione del decreto Balduzzi e a come si stia sviluppando, nel contesto nazionale, il nuovo modello di sanità territoriale. Si va dalla già molto avanzata legge della Lombardia, a quella del Veneto e a quella dell'Emilia-Romagna, che si distinguono, l'una dall'altra, sotto vari, rilevanti, aspetti.

La, ormai, diffusa realizzazione delle c.d. case della salute trova le più svariate attuazioni da nord a sud, avviando nuovi percorsi assistenziali che intendono assicurare al paziente più ampie ed opportune modalità di cura, ma non sempre con indicazioni e prospettive che garantiscano discipline unitarie ed uniformi, anzichè probabili, ed inconciliabili, rilevanti disparità di trattamento. E non soltanto nei confronti del cittadino, ma anche con riguardo agli stessi operatori sociali e sanitari.

3.1.1. La nuova disciplina lombarda

Il modello adottato, recentemente, dalla Regione Lombardia risponde ad alcuni principi, già ben sperimentati, nella disciplina lombarda: la libera scelta del medico e del luogo di cura; il passaggio dalla "cura" al "prendersi cura" che prelude al superamento della mera logica di intervento d'urgenza o a posteriori, secondo una valutazione multidimensionale del bisogno di accompagnamento della persona, anche attraverso la prevenzione, la valutazione delle necessità del singolo cittadino e dell'ambiente familiare in cui vive ed invecchia; la tendenza a separare le funzioni chiave del sistema: la programmazione, l'erogazione delle prestazioni ed il relativo controllo².

La riforma punta ad una profonda riorganizzazione delle cure primarie sulla base delle nuove esigenze espresse dall'utenza. Del resto, la, ormai generalizzata, crescente incidenza delle patologie cronico-degenerative, correlate al processo di invecchiamento della popolazione, richiede una profonda riorganizzazione delle cure per renderle più efficaci a fronte della mutata situazione epidemiologica e sociale. Il primo tassello di questo nuovo approccio dal punto di vista organizzativo, proprio al fine di risaltare l'ineludibilità dell'integrazione ospedale/territorio, è rappresentato dalla istituzione di un unico assessore regionale al welfare "in ragione del fatto che le tematiche sanitarie e socio-sanitarie costituiscono un binomio inscindibile fondato su una programmazione e gestione unitaria"³.

¹ Per una prima introduzione alle modalità attuative del Decreto Balduzzi e del conseguente patto per la salute 2014/2016 si rinvia a C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Santarcangelo di Romagna, 2016; F. FOGLIETTA, *Crisi e dopo-crisi del Servizio Sanitario Nazionale*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016; R. NANIA (a cura di), *Il diritto alla salute fra stato e regioni: il patto per la salute 2014/2016*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016.

² In questo senso cfr. M. RANDAZZO, *Il sistema socio-sanitario lombardo*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit., p. 98.

³ Sempre M. RANDAZZO, cit., p. 100.

La riorganizzazione parte dalla trasformazione dell'assistenza territoriale da una medicina d'attesa ad una medicina di iniziativa principalmente attraverso il miglioramento della continuità dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio, promuovendo una partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo. Nascono, così, 8 nuove Agenzie di tutela della salute (ATS), nuovi soggetti giuridici chiamati a sostituire le precedenti ASL.

Ad esse il legislatore lombardo attribuisce “funzioni di negoziazione/acquisto delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle strutture accreditate, governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie, nonché il governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale”⁴.

La riorganizzazione lombarda è volta a superare la frammentazione e la disomogeneità dell'attuale offerta sanitaria e socio-sanitaria sul territorio, al fine di garantire al cittadino una presa in carico reale e continuativa, in tutte le fasi del proprio percorso diagnostico-assistenziale-terapeutico, in ambito socio-sanitario-assistenziale⁵.

Non è questa la sede per esaminare approfonditamente il modello lombardo, come già anticipato in precedenza, ma occorre comunque far presente che all'interno delle ATS vengono poi istituite le Aziende socio-sanitarie territoriali (ASST) che il legislatore lombardo intende far diventare il principale, se non unico, riferimento per i cittadini al fine di facilitarne l'accesso alle prestazioni sanitarie. Queste nuove aziende erogheranno prestazioni ospedaliere e territoriali, precedentemente suddivise tra più soggetti spesso non dialoganti tra di loro: subentra il concetto di fare squadra attraverso la continuità della presa in carico della persona nel proprio contesto di vita⁶.

Questa riforma, realizzata tra forti resistenze politiche e sindacali, sotto un delicato controllo da parte del Governo che ne ha, momentaneamente, condiviso la legittimità in una sua fase sperimentale, che pone sullo stesso piano strutture pubbliche e strutture private in qualità di enti erogatori, dando così una prima attuazione concreta al principio di sussidiarietà nelle sue diverse articolazioni, intende promuovere un modello di sanità aperto e dinamico conferendo un maggiore potere al cittadino/paziente, limitando, per quanto possibile, la discrezionalità politica, il peso delle burocrazie e dell'organizzazione.

⁴ Così l'art.6, co.3, lett.a),b),c), l.r.n.23/2015.

⁵ Si rinvia a REGIONE LOMBARDIA, COMMISSIONE SVILUPPO SANITÀ, *Proposte di sviluppo del servizio socio-sanitario e sanitario lombardo, Assistenza territoriale*, Milano, 30 giugno 2014, pp.1-14.

⁶ Sul punto l'art.7, co.2, l.r.n.23/2015 precisa che le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie nella logica della presa in carico della persona.

3.1.2. Il modello veneto

Il Sistema Socio Sanitario veneto affonda le proprie radici nell'articolo 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, il quale recita: "1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal Piano Regionale Socio-Sanitario. 2. La regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del Comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità Locali Socio-Sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai Piani di Zona dei Servizi Sociali che vengono elaborati ed approvati dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità Locale Socio-Sanitaria coincida con quello del Comune o della Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale"⁷.

Fin dalle sue origini, il Sistema Socio Sanitario Veneto ha manifestato particolare attenzione al cosiddetto modello di medicina biopsicosociale – teorizzato dallo psichiatra statunitense George Libman Engel come proposta di superamento del modello biomedico classico –, distinguendosi dalle altre regioni non solo nominalmente, mediante la dicitura AULSS (Aziende Unità Locali Socio Sanitarie) in luogo di ASL (Aziende Sanitarie Locali), ma anche materialmente, prevedendo la presenza, all'interno di ogni AULSS, di un Direttore dei Servizi Sociali (a completamento della triade, tradizionalmente presente nelle ASL, composta da Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo).

A partire dall'inizio dell'attuale millennio, in Veneto si è assistito, al fine di fronteggiare essenzialmente – ma non solo – la progressiva cronicizzazione delle malattie legata al massivo invecchiamento della popolazione locale (malattie dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio, dell'apparato digerente, del sistema nervoso e dei disturbi epato-pancreatici), alla diffusione delle forme associative della cd. medicina di famiglia, nel tentativo di contenere la spesa sanitaria pubblica investendo su percorsi di deospedalizzazione e di rafforzamento delle cure primarie⁸. Nello specifico:

- nel quadriennio 2001-2004 si è assistito allo sviluppo spontaneo di forme associative tra medici di famiglia;
- nel quadriennio 2005-2008 si è passati all'attivazione di forme associative sperimentali più complesse quali le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), che prevedevano, a fronte del permanere della prevalenza della medicina di famiglia, anche il

⁷ In questo senso si veda M. SPAGNOLO, *Il sistema socio-sanitario veneto*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit., p.51.

⁸ Cfr. D. SALMASO, *La continuità delle cure tra ospedale e territorio, esiti e problemi irrisolti*, in D. SALMASO, R. TOFFANIN (a cura di), *La continuità delle cure tra ospedale e territorio*, in *Ricerche e documentazioni sui servizi alla persona*, Fondazione "E. Zancan" Onlus, Padova, 2013, pp. 11-13.

coinvolgimento della componente infermieristica, dei collaboratori di studio e degli specialisti ambulatoriali interni;

- nel quadriennio 2009-2012 si è giunti ad uno sviluppo programmato dei suddetti fenomeni, che ha visto il coinvolgimento delle Aziende ULSS, cui è stata affidata l'elaborazione di Piani Aziendali per il potenziamento dell'assistenza primaria sul territorio, e il potenziamento della componente multiprofessionale (medici, infermieri, assistenti sociali, personale amministrativo).

Ma è con il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 (recepito con Legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012) che viene delineata una vera e propria cornice per lo sviluppo delle cure primarie nel Veneto, introducendo il concetto di “filiera dell'assistenza” per rappresentare l'articolazione di strutture che concorrono, con gradualità, a rispondere a bisogni di cura, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico della persona.

In termini operativi, il nuovo quadro programmatico regionale identifica come obiettivo strategico la diffusione, su tutto il territorio veneto, delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), le quali constano in forme associative più evolute rispetto a quelle sperimentate negli anni passati, in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 189/2012 (c.d. “Legge Balduzzi”).

Nel modello veneto, le Medicine di Gruppo Integrate sono team multiprofessionali, costituiti da Medici e Pediatri di famiglia, Specialisti, Medici della Continuità Assistenziale, infermieri, collaboratori di studio e assistenti sociali, che:

1. erogano un'assistenza globale, cioè dalla prevenzione alla palliazione, continua, equa e centrata sulla persona;
2. assicurano un'assistenza H24, 7 gg su 7;
3. sono parte fondamentale ed essenziale del Distretto socio-sanitario ed assumono responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Le MGI vengono quindi a costituire il fulcro su cui riorganizzare l'intero assetto dell'assistenza territoriale, ossia le c.d. reti assistenziali, in conformità alle linee strategiche delineate dal Piano Socio-Sanitario Regionale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.

Lo sviluppo delle Cure Primarie, attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, è definito contrattualmente dalla DGR n. 751 del 14 maggio 2015, in attuazione della DGR n. 953/2013.

Venendo, dunque, al profilo contrattualistico delle DGR in oggetto, ossia al c.d. Contratto di Esercizio Tipo della MGI – di cui agli Allegati A, B e C della DGR stessa –, va evidenziato come esso rappresenti il recepimento dell'Accordo intercorso tra la Regione Veneto e le OO.SS. della Medicina Generale Convenzionata, sottoscritto dalle parti in data 2 marzo 2015. Infatti, in detto Accordo è stabilito che: “In conformità alla LR n. 23/2012 (Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016) si concorda di procedere con lo sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, approvando il Contratto di Esercizio Tipo e prevedendo forme transitorie a termine (medicina di rete e di gruppo) per una graduale estensione del modello su tutto il territorio regionale”.

Da ultimo, la legislazione sanitaria regionale veneta è stata caratterizzata dalla pubblicazione di una legge che, con decorrenza 1° gennaio 2017, ha “riordinato” le ULSS del Veneto (riducendole a 9) e istituito un Ente regionale di governance complessiva del sistema sanità (Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero).

Semplificando molto, può dirsi che l’Azienda Zero persegue la finalità di razionalizzare, integrare ed efficientare i servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale. La istituzione dell’Azienda Zero e la riduzione nel numero delle AUSL dovrebbero portare, secondo le intenzioni del Legislatore regionale, a un miglior governo dell’intero sistema.

3.1.3. Il sistema emiliano-romagnolo

Ancor prima dell’entrata in vigore della riforma Balduzzi, la regione Emilia-Romagna aveva individuato nelle istituende case della salute le nuove strutture all’interno delle quali avrebbe trovato definitiva composizione la non più rinviabile integrazione tra prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, favorendo, attraverso la continuità spaziale dei servizi e degli operatori, l’unitarietà e l’integrazione dei livelli essenziali di assistenza⁹.

Successivamente, con la legge n. 12 del 2013, è stata precisata la finalità dei nuovi ambiti distrettuali, volti a superare il frazionamento nella erogazione e nella gestione dei diversi servizi, per dare concrete ed immediate risposte alle esigenze di cura della popolazione.

La casa della salute viene ad identificarsi “come centro necessario per la cooperazione multi professionale dei sanitari, ma al contempo un luogo di facile identificazione per l’utenza, che sappia fornire in maniera adeguata assistenza primaria”¹⁰.

La casa della salute è quindi strutturata su un sistema integrato di servizi che si fonda sull’accoglienza, sulla collaborazione professionale, sulla condivisione dei percorsi, sulla valorizzazione dell’autonomia e della responsabilità dei professionisti¹¹.

Il Sistema Socio Sanitario emiliano-romagnolo affonda le proprie radici nell’articolo 1, c. 1, della legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, il quale recita: “Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato ‘Ssr’) è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell’ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato ‘Ssn’) e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell’articolo 32 della Costituzione, degli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e dell’articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) nel testo introdotto dall’articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno

⁹ Si veda A. BRAMBILLA, G. MACIOCCO, *Le Case della salute*, in *Recenti Progressi della Medicina*, 2014, n. 105, pp. 147 ss.

¹⁰ In questo senso D. ROSSI, *Il sistema emiliano-romagnolo*, in C. BOTTARI, P. DE ANGELIS (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, cit., p. 126.

¹¹ Si rinvia a M. FABI, *Le case della salute, strumento della continuità assistenziale*, VI Convegno internazionale Medico cura te stesso, Atti – Quel minuto in più. Una sfida per sé, una necessità per il malato, 23-25 giugno 2011.

1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) e modificato dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405”.

Fin dalle sue origini, il Sistema Sanitario emiliano-romagnolo è stato definito come un sistema programmato; un sistema, cioè, il cui principale carattere consta nella effettuazione della scelta dell'utente nel rispetto degli indici della programmazione che viene predefinita da parte del soggetto regionale: in sostanza, nel sistema programmato c'è un maggior contenimento delle risorse dedicate al sistema sanitario.

In tale contesto, all'interno della Regione Emilia-Romagna, le Aziende sanitarie possono svolgere non solo un ruolo di committente (come avviene in altri sistemi regionali) ma anche di erogatore; in sostanza, le Aziende sanitarie emiliano-romagnole non solo acquistano all'esterno servizi e prestazioni verificando i risultati degli stessi, ma gestiscono, direttamente, la produzione dei servizi e delle prestazioni.

Sin dall'inizio dell'attuale millennio, in Emilia-Romagna si è iniziato a investire sulle cd. cure primarie al fine di riequilibrare la spesa nel binomio ospedale-territorio; al fine di raggiungere tale obiettivo, la Regione ha investito molto nella creazione delle c.d. case della salute. Nello specifico:

- fin dalla fine degli anni '90 (Piano Sociale e Sanitario 1999-2001) la Regione Emilia-Romagna ha investito molto nello sviluppo delle cure primarie e ne ha definito un modello organizzativo del tutto innovativo a livello nazionale attraverso la previsione di forme associative multi professionali (nuclei di cure primarie) che coinvolgessero i medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari del Distretto;
- in ottemperanza al PSN 2006-2008, la Regione Emilia-Romagna ha emanato il Piano Sociale e Sanitario Regionale per il triennio 2008-2010, nel quale emerge come, anche a seguito del riordino del Sistema Sanitario Regionale avvenuto con Legge Regionale n. 29 del 2004, il Dipartimento di cure primarie rappresenti il fulcro dell'assistenza unitaria del paziente, intesa non solo quale cura ma, anche e soprattutto, quale prevenzione e riabilitazione, principio che troverà poi piena espressione nelle case della salute.
- la regolamentazione regionale di riferimento per le case della salute è contenuta nella Delibera di Giunta regionale n. 291 del 2010 nella quale viene approvato il documento “casa della salute: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale”.
- successivamente, la Legge n. 189 del 2012 (di conversione del decreto legge n. 158/2012 recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”) ha reso obbligatorie forme aggregate mono-professionali e multi-professionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT; Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP), già previste dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29 luglio 2009; il modello organizzativo-funzionale di presidio territoriale assistenziale sviluppato dalla Regione Emilia-Romagna, all'interno delle UCCP è stato, proprio, quello delle case della salute.

Il ruolo della casa della salute è, semplificando, quello di accogliere i cittadini e orientarli verso i servizi sanitari e socio sanitari necessari rispetto al bisogno presentato; dare assisten-

za sanitaria di primo livello per problemi ambulatoriali urgenti di competenza e di pertinenza del medico di medicina generale; dare la possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano del livello assistenziale ospedaliero e gestire le patologie croniche attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria con i servizi specialistici presenti. L'integrazione è la parola chiave quando si parla di case della salute, e a questo riguardo si fa riferimento non solo ad una integrazione che avviene tra i professionisti operanti all'interno della stessa, ma che incide anche e necessariamente sull'assetto organizzativo, che sta alla base della struttura e che ne consente il funzionamento, garantendo una comunicazione continua tra nodi della stessa rete, ossia tra il nucleo di cure primarie, l'assistenza specialistica, la salute mentale e la sanità pubblica.

A fronte delle attività espletate all'interno della casa della salute, ai cittadini-utenti conseguono diversi vantaggi, quali: la garanzia di qualità e la tutela di presa in carico nei percorsi diagnostico terapeutico-assistenziali; il consolidamento del rapporto di fiducia già esistente col proprio MMG; la riduzione del disagio dell'utente con problemi urgenti, che potrà trovare risposta da un professionista anche se non è il proprio medico di famiglia; una maggiore probabilità di evitare l'accesso improprio al Pronto Soccorso; la possibilità di ottenere, grazie alla collaborazione del personale infermieristico e degli specialisti, risposta in un unico accesso ad una ampia gamma di prestazioni (pur restando nell'area della assistenza primaria); la garanzia, come più volte sottolineato, di essere presi in carico da un'équipe di professionisti sanitari e sociali in modo integrato ed infine la certezza di potersi rivolgere ad un punto di riferimento riconoscibile.

D'altronde la casa della salute offre numerosi vantaggi anche per i professionisti che vi operano, come ad esempio: il miglioramento dell'attività clinica dei medici attraverso la riduzione dell'iperafflusso nei giorni post-festivi e gli scompensi prodotti da improvvise urgenze durante l'attività ambulatoriale; la possibilità di riappropriarsi di quei pazienti che, non trovando disponibilità dal proprio medico, si indirizzano verso servizi inappropriati per i loro problemi; l'opportunità di lavorare utilizzando gli strumenti della clinical governance, oltre ad usufruire di vantaggi derivanti dalla forte integrazione tra le diverse figure professionali coinvolte.

Quanto, infine, alla organizzazione dei servizi, negli ultimi dieci anni si è assistito a una progressiva e costante riduzione delle Ausl; attualmente, il servizio sanitario regionale è costituito da:

- otto Aziende sanitarie coincidenti con il territorio delle ex Province di: Bologna, Ferrara, Imola, Modena, Parma, Piacenza, Reggio Emilia, della Romagna;
- cinque Aziende Ospedaliere: l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Bologna, Ferrara, Modena e Parma;
- quattro Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs): l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, l'Istituto delle scienze neurologiche di Bologna (all'interno dell'Azienda Usl di Bologna), l'Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia di Reggio Emilia (all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia), l'Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori di Meldola.

3.2. L'integrazione tra sociale e sanitario

Altro tema che da anni si trascina stancamente, senza addivenire a soluzioni concrete e condivisibili, è quello dell'integrazione socio-sanitaria. Non vi è dubbio che ciò che si intendeva per assistenza sanitaria e ospedaliera ai sensi della precedente formulazione dell'art. 117 della Costituzione, oggi abbia canoni interpretativi del tutto differenti. Se l'assistenza ospedaliera ha, in parte, mantenuto i suoi caratteri originari pur alla luce delle più recenti innovazioni dal punto di vista tecnologico – mi riferisco soprattutto all'ambito chirurgico –, l'assistenza sanitaria si è evoluta in maniera esponenziale.

3.2.1. L'assistenza a domicilio

Quei reparti di lungodegenza, cui eravamo abituati a confrontarci in ordine al rilevante peso di carattere finanziario, tradizionali ausili di parcheggio per famiglie ed operatori sanitari, oggi non trovano più una loro giustificazione e sostenibilità economica, non ce li possiamo più permettere. A questi vanno un po' ovunque sostituendosi forme assistenziali più leggere, di larga diffusione, centrate sulle lungoassistenze in ambiente familiare. L'assistenza sanitaria non può non coniugarsi con un profondo e forte legame con quella sociale, proprio per affrontare efficacemente le più diffuse sintomatologie che gravano pesantemente tanto sui bilanci delle famiglie quanto su quelli delle aziende sanitarie.

“È proprio con riferimento alle assistenze a domicilio che si nota una peculiare attenzione nel voler sviluppare una forma assistenziale che – a fronte di patologie croniche e cronicodegenerative ed alla conseguente perdita, da parte del paziente, di un considerevole numero di autonomie – offre una serie di vantaggi: consente di monitorare una accettabile qualità di vita; valorizza l'integrazione fra componenti sanitarie e sociali; esalta il ruolo della famiglia nel metabolizzare gli apporti di risorse non professionali; costa meno di ogni altra alternativa”¹².

Ecco perché la crescita dell'offerta di assistenza domiciliare rappresenta, in particolare per il nostro Paese notevolmente insufficiente rispetto alla media europea, una emergenza da affrontare con una visione, necessariamente unitaria, che porta ad una contrazione di servizi ospedalieri e, conseguentemente, ad uno sviluppo di quelli territoriali.

Lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, il sempre maggiore apporto del privato sociale, con la sua presenza e funzione sussidiaria, oggi rappresentano obbligatorie vie da percorrere attraverso discipline quanto più uniformi ed unitarie, proprio perché le diversità di trattamenti e di opportunità si prestano facilmente a speculazioni dal punto di vista politico, senz'altro da evitare.

3.2.2. Il welfare di comunità

Il welfare state va evolvendo verso una nuova forma di welfare di comunità all'interno del quale andranno sempre più integrandosi la dimensione istituzionale e quella volonta-

¹² Per un'analisi molto approfondita ed accurata si rinvia al recente volume F. FOGLIETTA, *Crisi e dopo-crisi del Servizio Sanitario Nazionale*, cit.

ria. Del resto sono già innumerevoli i positivi esempi di tali forme di collaborazione, non sempre ugualmente diffuse nel territorio nazionale: pensiamo alla rete delle emergenze-urgenze, l'importantissima realtà del 118; alla gestione degli *hospice* e alle svariate offerte di assistenza domiciliare oncologica; alle sempre più necessarie attività di inclusione di immigrati e rifugiati.

“La tutela della salute rimane, pertanto, funzione pubblica; vengono a modificarsi, invece, le modalità attraverso cui essa può essere assicurata. Non rinunciare né oggi né mai a questo principio fondativo significa rifiutare ogni visione puramente liberista del governo della sanità”¹³.

D'altronde, questa sempre maggiore attenzione alla sperimentazione di nuovi modelli assistenziali che siano in grado di fornire una risposta adeguata alle esigenze del paziente, pur mantenendo quanto più inalterate qualità e quantità delle prestazioni garantite dal nostro welfare, porta a ritenere sempre più importante la valorizzazione della professione infermieristica.

¹³ F. FOGLIETTA, *Crisi e dopo-crisi del Servizio Sanitario Nazionale*, cit., p. 79.