

COVID E SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Filippo Palumbo e Maria Giuseppina La Falce

APPROFONDIMENTO

*Luci e ombre su un anno di decreti-legge e di dpcm, ordinanze e circolari.
Torniamo al “fare presto, fare bene” aggiungiamo “fare il necessario”.*

Un complesso mosaico nel quale confluiscono e si confondono più direttrici.

Il complesso quadro epidemiologico e l'impegno assistenziale COVID.

E sullo sfondo il monito della Corte dei conti sui

fabbisogni aggiuntivi attesi per il prossimo anno.

Premessa

In un articolo pubblicato su Quotidiano Sanità del 28 giugno 2020 avevamo richiamato l'attenzione sull'importanza del fatto che nell'intervallo tra la prima ondata epidemica e quella successiva, attesa per l'autunno, in ogni regione fosse condotta, con celerità e completezza, una concreta attività di preparazione (il “[fare presto, fare bene](#)” richiesto anche in un altro contributo qui pubblicato qualche tempo prima).

Questa esigenza si poneva e si pone) per l'ampiezza dei temi da affrontare, per la cospicuità delle risorse mobilitate, ma soprattutto per il timore che il complesso quadro epidemiologico e l'impegno assistenziale determinati dalla diffusione delle infezioni da SARS-CoV- 2 potessero assumere un carattere fortemente distruttivo, per il nostro SSN (ciò che sta accadendo).

Già si sentiva l'esigenza che il compito delle Regioni fosse agevolato da un affiancamento tecnico operativo nazionale, non esclusivamente “cartaceo” e burocratico, temendo la sovrapposizione di disposizioni normative, spesso incoerenti e non sistematiche.

In questa sede, innanzitutto si farà una riflessione sul tema della decretazione di urgenza, cui si è fatto molto ricorso in questi mesi. Si tratta di un tema che, al momento, sembra essere dibattuto solo in ambienti specialistici che si occupano degli aspetti giuridico - costituzionali.

Si vuole poi riprendere e aggiornare il tentativo di valutare nel loro insieme queste disposizioni a cascata, al fine di raccordare le attività preventive e assistenziali urgenti con le iniziative di riorganizzazione e riprogrammazione strutturali, enfatizzando le possibili sinergie e limitando gli effetti di incoerenze e insufficienze eventualmente riscontrabili nel quadro delle disposizioni e in quello delle modalità attuative.

Si intende anche richiamare l'attenzione sul tema delle risorse finanziarie, riallacciandoci a quanto già ipotizzato in occasione della presentazione di un contributo

sui Livelli Essenziali di Assistenza (QS del 1° novembre 2020). Cioè la centralità che il tema “adeguatezza” del finanziamento sta avendo nella gestione dell’evento pandemico, nelle tre seguenti fasi:

- la fase che ha preceduto l’impatto COVID, nella quale la sottrazione di risorse a danno del Servizio Sanitario Nazionale, negli ultimi sei/sette anni, ha contribuito a determinare un deficit di resilienza della Sanità italiana rispetto alla pandemia. Una precisazione è d’obbligo: in questa sede ci occupiamo esclusivamente di norme riguardanti aspetti istituzionali e di carattere programmatico;
- la fase attuale di gestione dell’emergenza, in cui un rilevante apporto di risorse è avvenuto;
- la fase che verrà, rispetto alla quale, non si hanno elementi di certezza circa la priorità (effettiva e non conclamata) che verrà data al finanziamento degli interventi di promozione della salute, di riqualificazione della rete assistenziale e di investimento nella filiera italiana connessa alla ricerca, produzione e qualificazione degli interventi in campo sanitario.

Capitolo 1- Il quadro normativo emergenziale

Per far fronte all'emergenza sanitaria conseguente alla dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020, che ha dichiarato l'epidemia da COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale a carattere pandemico, il Governo ha assunto iniziative per dichiarare lo stato di emergenza nazionale per sei mesi con una prima delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 ¹

Lo stato di emergenza è stato prorogato prima fino al 15 ottobre 2020 con una successiva delibera del 29 luglio 2020, poi prorogato al 31 gennaio 2021 con la delibera del 7 ottobre 2020.

La deliberazione viene adottata in virtù di quanto previsto dal codice della protezione civile² che, nello specifico, all’articolo 24 consente al Consiglio dei ministri di deliberare l’” *...lo stato d'emergenza di rilievo nazionale, fissandone la durata e determinandone l'estensione territoriale con riferimento alla natura e alla qualità degli eventi e autorizza l'emanazione delle ordinanze di protezione civile*”³.

¹ Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 - Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili

² Decreto Legislativo n.1 del 2 gennaio 2018: Codice della protezione civile

³ Art. 24- Deliberazione dello stato di emergenza di rilievo nazionale (Articoli 5 legge n. 225/1992; Articoli 107 e 108 decreto legislativo n.112/1998; Articolo 5-bis, comma 5, decreto-legge n. 343/2001, convertito dalla Legge n. 401/2001; Articolo 14 decreto-legge n. 90/2008, convertito dalla legge n.123/2008; Articolo 1, comma 422, legge n. 147/2013

1. Al verificarsi degli eventi che, a seguito di una valutazione speditiva svolta dal Dipartimento della

Il Governo, considerato l'evento calamitoso dell'epidemia da CoViD -19 ha adottato un primo decreto legge il 23 febbraio ⁴ che dispone il percorso per dare attuazione alle

protezione civile sulla base dei dati e delle informazioni disponibili e in raccordo con le Regioni e Province autonome interessate, presentano i requisiti di cui all'articolo 7, comma 1, lettera c), ovvero nella loro imminenza, il Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri, formulata anche su richiesta del Presidente della Regione o Provincia autonoma interessata e comunque acquisitane l'intesa, delibera lo stato d'emergenza di rilievo nazionale, fissandone la durata e determinandone l'estensione territoriale con riferimento alla natura e alla qualità degli eventi e autorizza l'emanazione delle ordinanze di protezione civile di cui all'articolo 25. La delibera individua, secondo criteri omogenei definiti nella direttiva di cui al comma 7, le prime risorse finanziarie da destinare all'avvio delle attività di soccorso e assistenza alla popolazione e degli interventi più urgenti di cui all'articolo 25, comma 2, lettere a) e b), nelle more della ricognizione in ordine agli effettivi fabbisogni e autorizza la spesa nell'ambito del Fondo per le emergenze nazionali di cui all'articolo 44.

⁴ **Decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 convertito dalla legge 5 marzo 2020, n.13-Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19)**

Art. 3 Attuazione delle misure di contenimento

1. Le misure di cui agli articoli 1 e 2 sono adottate, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, sentito il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa,

il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri Ministri competenti per materia, nonché i Presidenti delle regioni competenti, nel caso in cui riguardino esclusivamente una sola regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza dei presidenti delle regioni, nel caso in cui riguardino il territorio nazionale.

2. Nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1, nei casi di estrema necessità ed urgenza le misure di cui agli articoli 1 e 2 possono essere adottate ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e dell'articolo 50 del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali, approvato con decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267.

3. Sono fatti salvi gli effetti delle ordinanze contingibili e urgenti già adottate dal Ministro della salute ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il decreto legge è stato poi abrogato, ad eccezione degli articoli 3 comma 6 bis e 4 dal decreto legge 25 marzo 2020, n.19 convertito dalla legge 22 maggio 2020, n.35.

Art. 2 Attuazione delle misure di contenimento

1. Le misure di cui all'articolo 1 sono adottate con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, sentiti il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri ministri competenti per materia, nonché i presidenti delle regioni interessate, nel caso in cui riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale. I decreti di cui al presente comma possono essere altresì adottati su proposta dei presidenti delle regioni interessate, nel caso in cui riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni, ovvero del Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale, sentiti il Ministro della salute, il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri ministri competenti per materia. *Il Presidente del Consiglio dei ministri o un Ministro da lui delegato illustra preventivamente alle Camere il contenuto dei provvedimenti da adottare ai sensi del presente comma, al fine di tenere conto degli eventuali indirizzi dalle stesse formulati; ove ciò non sia possibile, per ragioni di urgenza connesse alla natura delle misure da adottare, riferisce alle Camere ai sensi del comma 5, secondo periodo.* Per i profili tecnico-scientifici e le valutazioni di adeguatezza e proporzionalità, i provvedimenti di cui al presente comma sono adottati sentito, di norma, il Comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del dipartimento della Protezione civile 3 febbraio 2020, n. 630, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 32 dell'8 febbraio 2020. (2)

2. Nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 1 e con efficacia limitata fino a tale momento, in casi di estrema necessità e urgenza per situazioni sopravvenute le misure di cui all'articolo 1 possono essere adottate dal Ministro della salute ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

3. Sono fatti salvi gli effetti prodotti e gli atti adottati sulla base dei decreti e delle ordinanze emanati ai sensi del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2020, n. 13 ovvero ai sensi dell'articolo 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.(...omissis)

misure di contenimento dell'epidemia attraverso uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, sentiti il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri Ministri competenti per materia, nonché i Presidenti delle regioni competenti, nel caso in cui riguardino esclusivamente una regione o alcune specifiche regioni, ovvero il Presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome, nel caso in cui riguardino il territorio nazionale.

Si prevede altresì che, nelle more dell'adozione dei D.P.C.M., in casi di estrema necessità e urgenza le misure restrittive possano essere adottate con ordinanze del Ministro della salute ai sensi dell'articolo 32 della legge n.833/1978, dell'articolo 117 del d.lgs. n.112/1998 e dell'articolo 50 del testo unico dell'ordinamento degli enti locali (Dlgs n. 267/2000), che affidano tale competenza ai Presidenti delle Regioni e

Con il loro susseguirsi i decreti-legge hanno costituito la "base" legislativa per l'emanazione dei diversi D.P.C.M. che hanno disciplinato le diverse misure di contenimento dell'epidemia, quelle dirette a fronteggiare e gestire l'emergenza sanitaria, nonché le conseguenze economiche e sociali derivanti dall'adozione delle diverse misure restrittive.

Ai decreti-legge si sono affiancati, quindi, oltre i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, le ordinanze di protezione civile, le circolari e le ordinanze del Ministro della salute e i provvedimenti adottati dai Presidenti delle regioni e dei Sindaci.

La numerosità ad oggi di tutti questi provvedimenti richiederebbe ben più di una trattazione, mentre rilevanti sono i rischi di una confusione normativa⁵.

A tal proposito, con questo lavoro, si vuole offrire una riflessione sui confini tra i diversi provvedimenti senza avere la pretesa di uno studio specifico, con un *focus* sull'assetto del territorio che ne scaturisce dalla lettura coordinata dei vari provvedimenti assunti in tale ambito.

A tal fine occorre soffermarsi brevemente sulla decretazione d'urgenza fondata sull'articolo 77 della Costituzione e sull'art 32 della Costituzione, per poi analizzare i poteri di ordinanza di protezione civile in relazione ai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, le circolari del Ministero della salute, in relazione al sistema delle fonti e in ordine alle loro vincolanti determinazioni nei settori di intervento quali la sanità, ove si è anche pervenuti, in funzione di una "legislazione emergenziale", ad apportare modifiche alla legge di assetto del Servizio sanitario Nazionale (d.lgs.

⁵ Pappone M., *I rischi di una confusione semantica ai tempi dell'emergenza coronavirus tra decreti-legge, ordinanze, D.P, C.M. e circolari*, in itinere 18 marzo 2020M

Come bene evidenziato da Mobilio numerosi sono gli interrogativi “sull’uso che è stato fatto del decreto-legge per affrontare il CoViD-19; se tale fonte si sia rivelata uno strumento adeguato per venire incontro alle esigenze politiche degli organi di governo; se, in prospettiva, nella gestione di emergenze di questa gravità il decreto-legge sia inevitabilmente destinato ad essere soppiantato da altre fonti; se, da ultimo, occorra necessariamente abbandonare i criteri formali che strutturano gli ordinamenti giuridici, assieme agli strumenti normativi codificati, per inoltrarci sul terreno incerto della fattualità e della “necessità” come fonte del diritto. “

Il punto cruciale sembra essere dunque, come opinione conforme in dottrina, l’aver utilizzato la decretazione d’urgenza, ai sensi dell’articolo 77 della Costituzione, come uno strumento di normazione primaria, anche se la giurisprudenza della Corte Costituzionale abbia ampiamente “*ammesso che un decreto-legge possa intervenire in una pluralità di ambiti materiali tramite interventi eterogenei, purché «indirizzati all’unico scopo di approntare rimedi urgenti a situazioni straordinarie venutesi a determinare»*”. (Mobilio)

Resta l’interrogativo del perché non si sia operato in funzione di una competenza esclusiva dello Stato prevista dall’articolo 117, secondo comma, lettera q) della Costituzione in materia di profilassi internazionale, che avrebbe consentito

⁶ Il tema è trattato da

-Mobilio G., *La decretazione d’urgenza alla prova delle vere emergenze. L’epidemia da Covid 19 e i rapporti tra decreto legge ed altre fonti*” in Osservatorio sulle fonti- fasc. spec. 2020- Disponibile in <http://www.osservatorio.sullefonti.it>

-Lucarelli A, *Costituzione, fonti del diritto e emergenza sanitaria* in Rivista Associazione Italiana dei costituzionalisti n°2/2020 pubblicata 11/6/2020

-Nevola R., *La decretazione d’urgenza nella giurisprudenza costituzionale*, Corte Costituzionale -Servizio Studi settembre 2017

-Cerquozzi F., *Stato di emergenza e Costituzione*”. Ius in itinere 26 marzo 2020

⁷ da citare la osservazione di Pinelli C. che in “Il precario assetto delle fonti impiegate nell’emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti tra Stato e Regioni” , Amministrazione in Cammino -29 aprile 2020, scrive : “*Fra le questioni di ordine costituzionale emerse nel corso dell’emergenza sanitaria, vi è sicuramente quella delle mutevoli scelte del governo circa le fonti necessarie a fronteggiarla, e dal loro rapporto con le ordinanze nel frattempo emesse allo stesso scopo dai presidenti di alcune regioni. È vero che alcuni costituzionalisti hanno sollevato questioni pregiudiziali più pesanti. È stato per esempio rispolverato l’argomento dell’assenza in Costituzione, a parte i decreti-legge e la deliberazione dello stato di guerra, di disposizioni volte a disegnare l’assetto dei pubblici poteri di fronte a situazioni straordinarie, al pari di quanto previsto da altre Carte costituzionali. Altri hanno dubitato del fondamento costituzionale della disciplina adottata nel merito dal governo in riferimento a restrizioni di diritti di libertà, indipendentemente dal ricorso ad una o ad altra fonte. La prima posizione non tiene conto dell’ampio ventaglio di interventi normativi in ipotesi di emergenza di cui gli organi di governo dispongono da tempo e senza contestazioni di ordine giuridico: dalla normativa sulla protezione civile (d.lgs. n. 1 del 2018, recante “Codice della protezione civile”, che riordina la disciplina intervenuta nel settore a partire dalla l.n. 225 del 1992), alla riforma sanitaria del 1978, là dove attribuisce al Ministro della sanità il potere di “emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all’intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni” (art. 32, primo comma, l.n. 833 del 1978), e al presidente della giunta o al sindaco il potere di emettere analoghe ordinanze, con efficacia estesa ai territori di rispettiva competenza (art. 32, terzo comma). Una competenza esclusiva dello Stato a legiferare sulla “profilassi internazionale” è poi esplicitamente prevista dalla Costituzione (art. 117, secondo comma, lett. q)), così come il potere del governo di sostituirsi a organi regionali o di enti locali in caso di “pericolo grave per l’incolumità e la sicurezza pubblica” (art. 120, secondo comma).*

conseguentemente di adottare, con la potestà regolamentare esclusiva, decreti del Presidente del Consiglio dei ministri aventi efficacia vincolante sull'intero territorio nazionale. Si sarebbero potute evitare le numerose disposizioni, che, con un balletto di avanti e indietro, hanno via via consentito e vietato agli amministratori locali di adottare ordinanze difformi o più restrittive di quelle nazionali. Si sarebbe potuto garantire a livello uniforme sul territorio nazionale, con una disposizione vincolante, coordinata con il D.P, C.M. dei Lea vigente, che in tutto il territorio nazionale fossero garantite le medesime modalità di assistenza in considerazione dell'evidente stato di gravità dovuto alla pandemia. Questi interrogativi restano, anche in considerazione del fatto che la pandemia è stata considerata come " *un evento calamitoso dovuto a cause naturali*" in funzione del dettato del codice di protezione civile, ma è tuttora solo un evento calamitoso che senz'altro richiede il supporto di mezzi straordinari, ma la cui incertezza nella durata, porterebbe a riflettere sull'uso della decretazione d'urgenza al di là del suo stesso significato.

Il perimetro normativo, nel quale possono *muoversi* i D.P, C.M., per governare e gestire l'emergenza sanitaria, dovrebbe essere quello disegnato dall' art. 77 Cost che, in presenza di casi straordinari di necessità ed urgenza, costituisce il fondamento giuridico di atti normativi di rango secondario, *secundum ordinem*, ed a mero contenuto esecutivo. A tale articolo, (secondo l'opinione di Lucarelli), *va ricondotta la straordinarietà di casi di necessità ed urgenza, come la pandemia, che mettono a rischio la salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.*

*A suo avviso" una interpretazione ordinata delle fonti, in coerenza con il sistema delineato dalla Costituzione avrebbe consentito di ricondurre i conseguenti D.P, C.M. attuativi delle norme secondo l'ordine delle fonti. In sostanza, un aspetto è la tutela della salute, quale diritto fondamentale, garantito nel sistema democratico delle fonti, e reso effettivo sulla base di mirate politiche pubbliche, altro, come nel caso di specie, è l'emergenza sanitaria legittimante, con eccesso di discrezionalità, il ricorso a fonti extra ordinem."*⁸ .

⁸ Lucarelli A., *Costituzione, fonti del diritto e emergenza sanitaria*" in Rivista Associazione Italiana dei costituzionalisti n°2/2020 pubblicata 11/6/2020 . Ad avviso dell'autore "i decreti del presidente del consiglio dei ministri ricevono una prima legittimazione (fonte sulla produzione) nel c.d. codice della protezione civile, che attribuisce al presidente del consiglio la facoltà di adottare direttive con cui dare «gli indirizzi per lo svolgimento, in forma coordinata, delle attività di protezione civile al fine di assicurarne l'unitarietà nel rispetto delle peculiarità dei territori», (art. 5 comma 2)

Si tratta di una norma che riconosce al presidente del consiglio il potere di determinare, attraverso direttive, indirizzi che poi dovrebbero trovare una loro esecuzione con atti di natura locale. Si configurerebbero secondo detta normativa, quali atti amministrativi generali di indirizzo, che non avrebbero un'efficacia diretta su posizioni giuridiche soggettive attive. Sembrerebbe, dunque, che si tratti di atti ben distinti e "distanti" dai D.P, C.M. previsti dal decreto legge n. 6 del 2020, che incidono, innovando l'ordinamento giuridico, direttamente sulle libertà fondamentali.

Al riguardo, deve inoltre considerarsi come il decreto successivo, il decreto-legge n. 19 del 2020' seppur abbia cercato di risolvere il difficile e tesissimo rapporto tra atti statali (in questo caso decreti legge e decreti del presidente del consiglio) non sia riuscito a dirimere tale questione. Soprattutto perché, sin dal primo decreto-legge, è stata assegnata ai D.P, C.M. una natura giuridica ed una funzione estranea, se non in contrasto, con il sistema delle fonti.

Si è consumata una trasformazione genetica della natura giuridica dei D.P, C.M., da atti amministrativi di portata generale a fonti normative, in grado, senza alcun serio e rigoroso fondamento-attribuzione, di limitare e comprimere

Al fine di completare un *excursus* di contesto sulle scelte operate in emergenza per assicurare l'assistenza sanitaria sia sul territorio che in ospedale, è utile ricordare che il Patto per la salute 2019/2021, pur nella sua genericità, prevedeva, alla “scheda 8 Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute, sviluppo delle reti territoriali, riordina della medicina generale”, una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in correlazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa, il Piano Nazionale della Prevenzione “ *per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza socio sanitaria e domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti.*”, nell'ambito di quanto previsto nei Lea. Veniva previsto di concordare parametri e indirizzi di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socioassistenziali.

Al riguardo occorre richiamare quanto già convenuto con il Patto per la salute 2014-16, che, all'articolo 3, in relazione al riordino, poi avvenuto dell'assistenza ospedaliera con il regolamento n.70/2015 (“Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”), aveva previsto la stipula di un'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino paziente.

Capitolo 2 - Aspetti giuridico normativi relativi agli interventi e alle tipologie assistenziali connessi all'emergenza CoViD

In questo contesto, di provvedimenti attuati e non, in cui il quadro normativo continua

le libertà fondamentali. Come si è visto, né l'art. 32 Cost., né la legge sul sistema sanitario nazionale, né il codice della protezione civile del 2018, né la dichiarazione dello stato d'emergenza del 30 gennaio 2020 possono intendersi quali fonti sulla produzione di tali D.P, C.M..

Come osservato in dottrina, nel fronteggiare l'emergenza Covid si è avuta, quindi, un'alterazione progressiva del sistema delle fonti dovuta, tra l'altro, ad un utilizzo indiscriminato e, in alcuni casi, incoerente, di atti legislativi ed amministrativi che hanno determinato limitazioni di diritti fondamentali. Si è scivolati, in maniera del tutto ingiustificata dal punto di vista giuridico, nel baratro della discrezionalità imperante delle fonti extra ordinem, trasformando il fatto emergenziale in stato emergenziale,

ad evolversi con successive disposizioni emergenziali , si ritiene utile esaminare nello specifico a partire dal decreto legge n.34 del 19 maggio 2020, convertito dalla legge 17 luglio 2020, n.77 e successive leggi fino alla data odierna, come si è dipanato il disegno del Governo sul territorio nel susseguirsi di piani e azioni anche intervenendo sul decreto legislativo n.502/1992, che ha definito i capisaldi del Servizio Sanitario Nazionale.

Allo scopo abbiamo preparato delle schede sulle singole tematiche affrontate. Per espositiva è in questo capitolo che parliamo del ruolo di Agenas con un'apposita scheda.

Scheda 1
Potenziamento dell'Assistenza territoriale:
Piani e i Programmi operativi

I Piani di potenziamento e riorganizzazione territoriale e programmi operativi.

Il quadro normativo continua ad evolversi con le successive disposizioni previste dal decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, convertito nella legge n.77/2020, che interviene su piani e programmi operativi. L'articolo 1 della legge n. 77/2020 al fine potenziare l'assistenza territoriale e l'offerta sanitaria e socio-sanitaria, dispone che le Regioni devono approvare **piani di potenziamento e riorganizzazione territoriale.**

I piani di assistenza territoriale devono contenere specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione, in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, nonché con **le Unità speciali di continuità assistenziale,** al fine di un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento

Il legislatore dispone che i già menzionati piani devono essere recepiti **nei programmi operativi** richiamati dall'articolo 18 del decreto-legge n.18/2020, convertito dalla legge n.27/2020 e sono monitorati "ai fini esclusivamente conoscitivi" dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze.

(L'articolo 18 aveva stabilito che ciascuna regione e provincia autonoma era tenuta a redigere un apposito programma operativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19 da approvare da parte del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze e da monitorare da parte dei predetti Ministeri congiuntamente).

<p>Scheda 2/a Salute mentale e strutture di prossimità: i Piani di riorganizzazione dei distretti e della rete della salute mentale</p>	<p><u>Piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale e salute mentale</u> La legge n.126/2020 all'articolo 29-ter dettando disposizioni per la tutela della salute in relazione all'emergenza CoViD 19, interviene in materia di assistenza territoriale disponendo che le Regioni devono <i>adottare piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale per garantire l'integrazione socio-sanitaria, l'interprofessionalità e la presa in carico del paziente.</i></p>
<p>La disposizione non si coordina con i Piani di potenziamento e riorganizzazione territoriale già previsti, né con i programmi operativi, ma sembra limitarsi alla salute mentale al fine di efficientarne i servizi, rinviando ad una successiva Intesa da sancire, entro sei mesi, in Conferenza Unificata, su proposta del Ministro della salute, la definizione di linee di indirizzo per l'adozione da parte delle regioni di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale. Non si rinviene quindi né un coordinamento con i programmi operativi, che sembrerebbe dovere contenere tutti i piani, né con i Lea, né con il Distretto per il quale si interviene con altra disposizione a modifica del Dlgs n. 502/1992.</p> <p>L'articolo 29-ter non prevede soltanto la riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, ma anche la costruzione di una rete di servizi e di <u>strutture di prossimità</u> in un'ottica che sembra disegnare una integrazione degli interventi sul territorio, dal terzo settore alle associazioni di volontariato e utenti fino al sostegno all'inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità. L'intervento sembra configurarsi come una risposta all'immediato bisogno di sostegno psico-sociale della popolazione, tuttavia non sembra avere un coordinamento normativo di contesto.</p>	

<p>Scheda 2/b Salute mentale e strutture di prossimità: i Piani di riorganizzazione dei distretti e della rete della salute mentale</p>	<p>Ad esempio: 1. non vi è alcun riferimento all'articolo 3-<i>quinqies</i> del Dlgs n. 502/1992 che individua le funzioni del Distretto sanitario, all'interno del quale “trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona”; 2. si implementano le strutture di comunità mentre l'articolo 1, comma 4-<i>bis</i> della legge n.77/2020 affida a una sperimentazione coordinata dal Ministero della salute l'attuazione della norma e basa su una Intesa Stato Regioni la validazione delle strutture di prossimità</p>
<p>anche in riferimento al ricorso al budget di salute individuale e di comunità. Si rileva l'assenza di un raccordo tra le due disposizioni.</p> <p>Infatti, il nuovo testo recita:</p> <p><i>“Al fine di efficientare i servizi di salute mentale operanti nelle comunità locali e di garantire il benessere psicologico individuale e collettivo in considerazione della crisi psico-sociale determinata dall'eccezionale situazione causata dall'epidemia da SARS-COV-2, il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana le linee d'indirizzo finalizzate all'adozione, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, di un protocollo uniforme sull'intero territorio nazionale che definisca le buone pratiche di salute mentale di comunità e per la tutela delle fragilità psico-sociali, secondo i seguenti principi di riferimento:</i></p> <p><i>a) la ridefinizione degli indirizzi in materia di risorse umane e tecnologiche per un modello organizzativo fondato su multiprofessionalità e multidisciplinarietà che permetta di sostenere e garantire un servizio di cura quotidiano e costante;</i></p> <p><i>b) la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale tramite le rispettive aziende sanitarie locali, perseguendo obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale;</i></p> <p><i>c) la costruzione di una rete di servizi e di strutture di prossimità con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale, delle istituzioni presenti nel territorio e degli enti del Terzo settore, per garantire l'attuazione dei più appropriati modelli di intervento e la qualità delle prestazioni erogate attraverso la coprogettazione;</i></p> <p><i>d) la promozione della partecipazione attiva della rete delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato, rafforzando il ruolo dei facilitatori sociali, e di approcci di cura quali gruppalità dialogiche e multifamiliari e gruppi di auto-mutuo-aiuto;</i></p> <p><i>e) il sostegno all'inclusione socio-lavorativa e alla condizione abitativa mediante il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità.</i></p> <p><i>3. All'attuazione del presente articolo si provvede con le risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.</i></p>	

Scheda 3/4 Distretti

L'articolo 31- *quater* della legge n.126/2020 dispone una modifica all'articolo 3- *quater* del Dlgs n.502/1992 in relazione al **Programma delle attività territoriali del Distretto**, prevedendo la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinqies* del medesimo decreto legislativo sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, garantita anche dalla piena accessibilità ai dati del Servizio sanitario regionale mediante la realizzazione di un **sistema informativo integrato** senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”, nonché in merito alle modalità di proposizione di detto programma oltre che dal Direttore di Distretto anche da Comitato dei Sindaci.

Occorre ricordare che l'articolo 3- *quinqies* disciplina le funzioni del distretto e la sua organizzazione sul territorio, dalla continuità assistenziale, al coordinamento dei medici di famiglia, ai servizi di guardia medica, alla specialistica ambulatoriale e assistenza domiciliare integrata, ivi compreso il rapporto funzionale tra distretto e le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona. Suscita perplessità che un decreto-legge emergenziale sia stata ritenuta sede opportuna per intervenire frammentariamente sul distretto. D'altra parte, questo articolo non ha coordinamento almeno con le altre disposizioni normative sui dipartimenti di salute mentale, sui medici di famiglia o altro sul territorio.

Vi è poi da chiedersi a cosa si riferisca la realizzazione di “ un sistema informativo integrato”: si coordina con il Sistema informativo nazionale? Prevede nuovi flussi o modalità di tracciamento?

Nella seconda parte di questa Scheda 3 si riporta l'Articolo 3 *quater* Dlgs n.502/1992 coordinato con legge n. 126/2020

Scheda 3/b Distretti

(Articolo 3 quater Dlgs n.502/1992 (coordinato con legge 126/2020))

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, garantita anche dalla piena accessibilità ai dati del Servizio sanitario regionale mediante la realizzazione di un sistema informativo integrato senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione

Scheda 4/a
Il Privato Accreditato

Ai fini del **potenziamento delle reti di assistenza territoriale**, già l'articolo 3 della legge n.27/2020 aveva previsto che le regioni, le province autonome e le aziende

sanitarie potessero stipulare contratti ai sensi dell'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa di cui all'[articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 19 dicembre 2019, n. 157](#), per fare fronte alla situazione di emergenza ospedaliera e per fronteggiare l'eccezionale carenza di personale medico e delle professioni sanitarie, nel caso in cui :

- a) la situazione di emergenza dovuta alla diffusione del COVID-19 richieda l'attuazione nel territorio regionale e provinciale **del piano di cui alla lettera b)**;
- b) **dal piano, adottato in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive**, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020, emerge l'impossibilità di perseguire gli obiettivi di potenziamento dell'assistenza indicati dalla menzionata circolare del 1° marzo 2020 nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate, mediante le prestazioni acquistate con i contratti in essere alla data del presente decreto.

A tal fine l'articolo 4 della medesima legge n.27/2020 autorizzava le regioni e province autonome ad attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, **aree sanitarie anche temporanee** sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID- 19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data [31 gennaio 2020](#). In tal caso I requisiti di accreditamento non si applicano alle strutture di ricovero e cura per la durata dello stato di emergenza.

Scheda 4/b Il Privato Accreditato

Con l'articolo 4 della legge n.77/2020 così come integrato e modificato dall'articolo 9, comma 1 del decreto-legge 9 novembre 2020 n.149, si dispongono ulteriori misure urgenti

per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza CoViD-19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data [31 gennaio 2020](#). In tal caso I requisiti di accreditamento non si applicano alle strutture di ricovero e cura per la durata dello stato di emergenza.

Al fine di fare fronte alla situazione emergenziale e per tutta la durata della stessa, si prevede la possibilità, per le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, ivi comprese le regioni in Piano di rientro dai disavanzi sanitari, di derogare ai limiti di spesa per le strutture che sono state inserite nei **Piani (adottati in attuazione della circolare del Ministero della salute prot. GAB 2627 in data 1° marzo 2020, al fine di incrementare la dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive)** e di riconoscere la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei già menzionati piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti da COVID-19.

Un successivo decreto del Ministro della salute stabilirà le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste.

Scheda 4/c Il Privato Accreditato

L'articolo 4 della richiamata legge n.77/2020 al comma 3 stabilisce che

“La specifica funzione assistenziale è determinata con riferimento alle attività

effettivamente svolte e ai costi effettivamente sostenuti dalle strutture inserite nei suddetti piani relativi a: a) all'allestimento e ai costi di attesa di posti letto di ricovero ospedaliero per acuti per pazienti affetti da COVID-19 nelle discipline medico-internistiche e di terapia intensiva istituiti su indicazione della regione ai sensi del piano di cui al citato [articolo 3, comma 1, lettera b\)](#), del decreto-legge n. 18 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla [legge n. 27 del 2020](#); b) all'allestimento e ai costi di attesa di reparti di pronto soccorso dedicati alla gestione dei casi accertati di COVID-19 e dei casi sospetti di COVID-19, istituiti su indicazione della regione. Con il medesimo decreto di cui al comma 2, l'incremento tariffario di cui al comma 1 è determinato con riferimento ai maggiori oneri correlati ai ricoveri ospedalieri di pazienti affetti da patologie da SARS-CoV-2, sostenuti dalle strutture e dagli enti di cui al periodo precedente, valutati sulla base delle informazioni desunte dal sistema informativo sanitario del Ministero della salute e dalle informazioni rese disponibili dalle regioni, anche in relazione alla loro congruità.

Il comma 5-bis della medesima legge recita che *“ le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano che, in funzione dell'andamento dell'emergenza Covid, hanno sospeso, anche per il tramite dei propri enti, le attività ordinarie, possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020, fino a un massimo del 90 per cento del budget assegnato nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'[articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#) stipulati per l'anno 2020, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale.*

Il predetto riconoscimento tiene conto, pertanto, sia delle attività ordinariamente erogate nel corso dell'anno 2020 di cui deve essere rendicontata l'effettiva produzione, sia, fino a concorrenza del predetto limite massimo del 90 per cento del budget, di un contributo una tantum legato all'emergenza in corso ed erogato dalle regioni e province autonome su cui insiste la struttura destinataria di budget, a ristoro dei soli costi fissi comunque sostenuti dalla struttura privata accreditata e rendicontati dalla stessa struttura che, sulla base di uno specifico provvedimento regionale, ha sospeso le attività previste dai relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020. Resta fermo il riconoscimento, nell'ambito del budget assegnato per l'anno 2020, in caso di produzione del volume di attività superiore al 90 per cento e fino a concorrenza del budget previsto negli accordi e contratti stipulati per l'anno 2020, come rendicontato dalla medesima struttura interessata.

Infine, il comma 5-ter estende quanto stabilito al precedente comma agli acquisti di prestazioni sociosanitarie per la sola parte a rilevanza sanitaria con riferimento alle strutture private accreditate destinatarie di un budget 2020 come riportato nei relativi accordi e contratti stipulati per l'anno 2020.

Scheda 5/a
Medici di Medicina Generale e
Pediatri di Libera scelta

Unità speciali di continuità
assistenziale

Già con l'articolo 38 della legge n. 40/2020 il legislatore emergenziale interviene *in materia contrattuale per la medicina convenzionata disponendo che* “In considerazione della temporanea sospensione delle trattative in corso per la definizione

contrattuale dell'accordo nazionale 2016-2018 per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera Scelta, per le necessità connesse al contenimento dell'emergenza pandemica da COVID-19, per tutta la durata dell'emergenza è riconosciuto ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta l'adeguamento immediato delle quote capitaria e oraria ai contenuti economici previsti dall'Atto di indirizzo per il rinnovo dell'accordo collettivo nazionale della medicina convenzionata, approvato dal Comitato di Settore Regioni-Sanità in data 9 luglio 2019 e 29 agosto 2019 su proposta della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e parere positivo del Governo, riferiti al totale incrementale previsto per il 2018, nonché i relativi arretrati.”

L'impegno che viene richiesto ai medici e pediatri , in funzione del trattamento economico erogato, è quello “ garantire la reperibilità a distanza dei medici per tutta la giornata, anche con l'ausilio del personale di studio, in modo da contenere il contatto diretto e conseguentemente limitare i rischi di contagio dei medici e del personale stesso, nonché di dotarsi con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi...(omissis) ”

Unità speciali di continuità assistenziale

L'articolo 8 del decreto-legge 9 marzo 2020, n.14 (non convertito e successivamente abrogato dalla legge n.27/2020, fatti salvi la validità degli atti e provvedimenti adottati e degli effetti prodottisi e dei rapporti giuridici derivanti), ha previsto l'istituzione delle: **Unità speciali di continuità assistenziale.**

Scheda 5/b

Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta

Unità speciali di continuità assistenziale

Il successivo articolo 4 -bis della legge n.27/2020 ne ha confermato l'istituzione disponendo che "1. Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità

assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dalla data del 10 marzo 2020, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, e per le attività svolte nell'ambito della stessa ai medici è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro per ora.

2. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1. I medici dell'unità speciale, per lo svolgimento delle specifiche attività, devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale e di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.

3. Il triage per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso deve avvenire in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali....(Omissis)

Scheda 5/c
Medici di Medicina Generale e
Pediatri di Libera scelta

Unità speciali di continuità
assistenziale

I Le regioni hanno adottato ordinanze in conseguenza di tale disposizione e nella Regione Lazio i Medici di Medicina generale si sono rivolti al Tar Lazio del 17/3/2020 di istituzione della USCSAR.

Il Tar Lazio ha accolto il ricorso e in particolare, ha osservato che l'art 8, c. 1, del decreto-legge n. 14/2020, ha stabilito che "Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, presso una sede di continuità assistenziale già esistente una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero (...)" e che, per effetto della suddetta disposizione, è resa illegittima l'attribuzione di tale compito ai Medici di medicina generale, cui resta il compito di occuparsi soltanto dell'assistenza domiciliare ordinaria (non Covid).

Il Tar ha ritenuto tale previsione confermata dal successivo articolo 4-bis del decreto-legge n.18/2020 che dispone inoltre che "*il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al comma 1*".

Da quanto sopra appare evidente la debolezza di una frammentarietà di interventi sul territorio che, in assenza di una norma cogente per l'intero territorio nazionale, lascia alle singole regioni la possibilità di adottare diverse modalità organizzative dei servizi per l'erogazione delle prestazioni, laddove, invece, in una situazione di grave emergenza sanitaria al di fuori dell'ordinaria amministrazione, avrebbe dovuto essere garantita l'uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza su tutto il territorio nazionale. La possibile esclusione del ruolo dei medici di medicina generale nelle cure primarie segna l'anello debole della catena di ogni possibile piano di assistenza territoriale.

<p>Scheda 6 Liste di attesa e relativo Piano operativo regionale -</p>	<p>L'articolo 29 della legge n.126/2020 dispone la presentazione da parte regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, entro 30 giorni</p>
<p>dalla data di entrata in vigore del decreto legge (14 agosto 2020, n.104) , al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, <i>nell'ambito del programma operativo</i> previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.</p> <p>La realizzazione dei suddetti Piani Operativi con il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1 sarà oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27</p> <p>La disposizione richiama a tal fine le circolari del Ministero della salute del 16,25 e 30 marzo 2020, al fine di corrispondere alla richiesta di prestazioni ambulatoriali, screening e ricovero ospedaliero non erogate nel periodo di emergenza, consentendo deroghe ai vincoli di cui alle disposizioni vigenti in materia di spesa per il personale.</p> <p>In questo caso, nonostante il legislatore preveda che le Regioni debbano presentare al Ministero della salute un altro Piano operativo, ne prevede il coordinamento nell'ambito dell'iniziale Programma operativo ex art. 18 legge 27/2020, da sottoporre al medesimo monitoraggio!</p>	

<p>Scheda 7</p> <p>Laboratori di microbiologia</p>	<p>Laboratori di microbiologia – la rete sul territorio - art 1– bis della legge n. 77/2020</p>
<p>Nell’ambito delle iniziative necessarie sul territorio si interviene con la legge n.77/2020, all’articolo 1-<i>bis</i> affinché le, le regioni e le province autonome costituiscano le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica. A tale scopo, le regioni e le province autonome, sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute, identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto superiore di sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti.</p> <p><i>(1-ter. I laboratori di microbiologia individuati dal laboratorio pubblico di riferimento regionale ai sensi del comma 1-bis hanno l'obbligo di trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al dipartimento di prevenzione territorialmente competente. Le regioni e le province autonome, ricevuti i dati relativi ai casi positivi in tal modo riscontrati, li trasmettono all'Istituto superiore di sanità, mediante la piattaforma istituita ai fini della sorveglianza integrata del COVID-19, ai sensi dell'articolo 1 dell'ordinanza del capo del Dipartimento della protezione civile 27 febbraio 2020, n. 640. Per la comunicazione dei dati di cui al presente comma sono adottate adeguate misure tecniche e organizzative idonee a tutelare la riservatezza dei dati stessi.)</i></p>	

Scheda 8 Strutture residenziali

L'art. 1-ter della legge n. 77/ 2020 reca disposizioni in materia di *Linee guida per la gestione dell'emergenza*

epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità.

Si prevede che entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione, il Comitato tecnico-scientifico di cui all'[ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020](#), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 32 dell'8 febbraio 2020, adotta linee guida per la prevenzione, il monitoraggio e la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private, accreditate, convenzionate e non convenzionate, comunque denominate dalle normative regionali, che durante l'emergenza erogano prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario, riabilitativo, socio-educativo, socio-occupazionale o socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità.

Le linee guida di cui al comma 1 sono adottate nel rispetto dei seguenti principi:

- a) garantire la sicurezza e il benessere psico-fisico delle persone ospitate o ricoverate presso le strutture di cui al comma 1;*
- b) garantire la sicurezza di tutto il personale, sanitario e non sanitario, impiegato presso le strutture di cui al comma 1, anche attraverso la fornitura di dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale idonei a prevenire il rischio di contagio;*
- c) prevedere protocolli specifici per la tempestiva diagnosi dei contagi e per l'attuazione delle conseguenti misure di contenimento;*
- d) disciplinare le misure di igiene fondamentali alle quali il personale in servizio è obbligato ad attenersi;*
- e) prevedere protocolli specifici per la sanificazione periodica degli ambienti.*

.

Scheda 9/a

Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

L'articolo 2 della legge 77/2020 dispone che le regioni e le province autonome provvedano a un riordino della rete ospedaliera in relazione alla

emergenza COVID.

1. Le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite **apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche**, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica. **I piani di riorganizzazione come approvati dal Ministero della salute** con il procedimento stabilito al comma 8, **sono recepiti nei Programmi operativi** di cui all'[articolo 18, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18](#), convertito con modificazioni dalla [legge 24 aprile 2020, n. 27](#) e sono monitorati congiuntamente, a fini esclusivamente conoscitivi, dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze in sede di monitoraggio dei citati programmi operativi. Ai fini del presente comma e nel rispetto dei principi di separazione e sicurezza dei percorsi, è resa, altresì, strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva. Per ciascuna regione e provincia autonoma, tale incremento strutturale determina una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente.

Scheda 9/b

Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

Allo scopo di fronteggiare l'emergenza pandemica, e comunque fino al 31 dicembre 2020, si rendono disponibili,

per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma.

4. Le regioni e le province autonome, che abbiano individuato unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti dal COVID-19, nell'ambito delle strutture ospedaliere, provvedono a consolidare la separazione dei percorsi rendendola strutturale e assicurano la ristrutturazione *dei reparti di pronto soccorso* con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti *sospetti di COVID-19* o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi. ...

5. Le regioni e le province autonome sono autorizzate *ad aumentare il numero dei mezzi di trasporto* dedicati ai trasferimenti secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da COVID-19. Per l'operatività di tali mezzi di trasporto, le regioni e le province autonome possono assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico, con decorrenza 15 maggio 2020. *Il limite di spesa regionale per l'attuazione delle misure di cui al presente comma per l'anno 2020 è riportato nella colonna 3 della tabella di riparto di cui all'Allegato C annesso al presente decreto.*

5-bis. Al fine di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, gli enti e le aziende del Servizio sanitario nazionale, anche in deroga alle procedure di mobilità di cui all'[articolo 30, comma 2-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165](#), nonché a ogni altra procedura per l'assorbimento del personale in esubero, possono avviare, con le modalità e nei limiti di cui all'[articolo 11 del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 25 giugno 2019, n. 60](#), procedure selettive per l'assunzione di personale a tempo indeterminato per le categorie A, B, BS e C, valorizzando le esperienze professionali maturate nello svolgimento anche di prestazioni di lavoro flessibile di cui all'[articolo 30 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81](#)

Scheda 9/c

Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera

Comma 8. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, le regioni e le province autonome presentano il piano di cui al comma 1, comprensivo di tutte le misure di cui ai commi successivi, al Ministero della salute, che provvede ad approvarlo entro trenta giorni dalla ricezione. È ammessa per una sola volta la richiesta di chiarimenti o integrazioni da parte del Ministero, cui la regione o la provincia autonoma dà riscontro entro i successivi dieci giorni, durante i quali il termine di approvazione è sospeso. Decorso il termine di cui al primo periodo, senza l'adozione di un provvedimento negativo espresso da parte del Ministero, il piano si intende approvato. Nel caso di mancata presentazione del piano da parte della regione o della provincia autonoma oppure nel caso di adozione di un provvedimento negativo espresso da parte del Ministero, il piano è adottato dal Ministero della salute nel successivo termine di trenta giorni, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Scheda 10
AGENAS

L'articolo 31 della legge n.126/2020 stabilisce al comma 1 che, al fine di garantire lo svolgimento dei compiti

istituzionalmente demandati in base alla normativa vigente all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, di seguito Agenas e, in particolare, in relazione a quanto disposto dall'[articolo 42, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#), commi 2, 3 e 4, relativamente ai compiti di supporto tecnico-operativo alle regioni per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, l'Agenas è autorizzata, in aggiunta alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente, senza il previo espletamento delle procedure di mobilità ad assumere a tempo indeterminato, mediante appositi concorsi pubblici per esami, scritti e orali, ai sensi e nei termini di cui all'[articolo 249 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 17 luglio 2020, n. 77](#), n. 1 statistico, n. 2 ingegneri gestionali, n. 3 ingegneri ambientali, n. 3 ingegneri clinici, n. 3 ingegneri informatici, n. 4 infermieri con laurea magistrale, inquadrati come personale non dirigenziale nella categoria D, e n. 6 dirigenti medici, n. 1 dirigente statistico ex Area III di contrattazione e n. 1 dirigente ingegnere gestionale. La dotazione organica dell'Agenzia, di cui all'[articolo 1, comma 444, della legge 27 dicembre 2017, n. 205](#), determinata in 146 unità, di cui 17 unità con qualifica dirigenziale, è corrispondentemente incrementata di 16 unità di Categoria D, di 6 unità di dirigente medico e di 2 unità di dirigente ex Area III di contrattazione.

Al comma 2 si stabilisce che il Presidente e il direttore generale dell'Agenas, di cui al [decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 115](#)e successive modificazioni, sono nominati entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Con la nomina dei predetti organi ordinari cessa l'incarico conferito al Commissario, ai sensi dell'[articolo 42, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 5 giugno 2020, n. 40](#).

Capitolo 3 - Elementi di contesto e di impatto assistenziale

Nella parte 2 abbiamo evidenziato gli elementi di carattere giuridico normativo su cui è stata costruita la risposta operativa del SSN all'impatto della pandemia di CoViD-19, sia in termini di reazione alla prima e seconda ondata epidemica, che di riassetto strutturale di fronte al nuovo scenario epidemiologico assistenziale dei prossimi anni.

Qui sulle aree/tematiche affrontate nel capitolo 2 e su altre, comunque, rilevanti presentiamo alcuni dati e osservazioni relative all'impatto operativo e/o assistenziale

Assistenza ospedaliera

Si tratta dell'area nella quale, non solo nel nostro Paese, si è registrato l'impatto più forte con effetti a cascata su tutta la filiera dei servizi diagnostico- terapeutici sia relativa alle acuzie che alla presa in carico delle cronicità.

L'asse centrale della risposta di medio e lungo periodo è stata diretto verso un principale obiettivo: incrementare del 70% i posti letto di terapia intensiva con uno standard di 0,14 posti letto/mille ab. con la riqualificazione 4.225 p.l. di area semintensiva, dotandoli di impianto idoneo a supportare la ventilazione assistita con un quota parte (50%) convertibile in area intensiva . Ulteriori interventi riguardano la disponibilità a livello nazionale di 4 strutture movimentabili ciascuna con 75 p.l., la ristrutturazione dei Pronto soccorso, i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimenti secondari e per i trasporti interospedalieri per pazienti non affetti da Covid-19; assunzioni di personale dipendente medico, infermieristico e operatore tecnico.

L'obiettivo esplicito è di rendere sistemica e permanente la capacità di risposta alle emergenze sanitarie e a fasi di incrementata domanda di assistenza di tipo intensivo e subintensivo.

Nei mesi di giugno e luglio 2020, le Regioni e le Province autonome hanno presentato al Ministero della salute i Piani di potenziamento delle reti ospedaliere. Lo stanziamento di risorse finanziarie è stato appostato su un capitolo dello stato di previsione del Ministero della salute, da trasferire al Commissario straordinario per il contrasto COVID-19. Il Commissario che poteva delegare i Presidenti delle regioni e province autonome, in qualità di commissari delegati, a titolo gratuito, ha delegato le funzioni commissariali ai seguenti Presidenti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano: Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta e Province Autonome di Bolzano e di Trento, che lo avevano richiesto. Con le ordinanze n. 29 e n. 30 del 2020, il Commissario straordinario ha nominato i soggetti attuatori dei piani di

riorganizzazione della rete ospedaliera delle Regioni Basilicata, Calabria, Marche, Molise, Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Umbria.

Le criticità che riteniamo di dover segnalare solo le seguenti.

1. Non sono noti i criteri che il Ministero della salute ha seguito per procedere all'approvazione dei Piani proposti dalle Regioni
2. Non è chiaro come le proposte delle singole regioni si integrino nei rispettivi programmi operativi di cui all'art.18 del decreto-legge 18/2020
3. Non sono esplicitati i rapporti tra questi Piani di riorganizzazione e la programmazione che ogni singola regione ha operato o sta operando in applicazione del DM 70/2015, senza volere richiamare, per le Regioni in Piano di rientro dai disavanzi sanitari, i rispettivi Programmi operativi di prosecuzione dei suddetti Piani. Un elemento di disorientamento deriva dal fatto che nell'apposita circolare del Ministero della salute per dare indirizzi alle regioni sul tema della organizzazione ospedaliera non si fa riferimento al DM.70/2015.

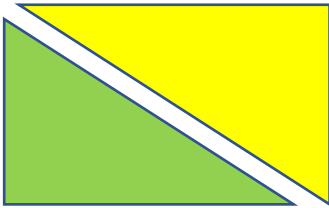
Assistenza territoriale

Nel capitolo 2 per commentare, sotto il profilo giuridico, ordinamentale e istituzionale, l'insieme delle misure urgenti che Governo e Parlamento hanno prodotto e varato sul tema COVID, abbiamo fatto ricorso a schede singole per ciascuno degli ambiti/tipologie/servizi sanitari coinvolti.

In questo capitolo 3, dedicato a una valutazione di tipo programmatico e di attenzione all'efficacia degli interventi, abbiamo ritenuto di dover raggruppare in una riflessione unitaria le considerazioni che abbiamo fatto sui vari "pezzi" del variegato assetto della rete assistenziale territoriale. È un modo per sollecitare una progettualità unitaria e integrata, che il Governo e il Ministero della salute avrebbe dovuto proporre e utilizzare in quell'affiancamento forte, più volte invocato, che Ministero e Agenas avrebbero dovuto svolgere nei confronti delle singole regioni.

Qui di seguito riportiamo questa visione organica di quanto è stato decretato sul grande obiettivo del potenziamento della rete territoriale.

SCHEMA PIANO DI POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE

Finalità	Figure professionali	Finalità
Finalità sul versante pandemico o maxiemergenziale	Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta	Finalità sul versante delle patologie ordinarie e delle cronicità e fragilità
Sistema di accertamento diagnostico e sorveglianza	Medici specialisti ambulatoriali Medici della continuità assistenziale	Diagnosi e terapia Prevenzione secondaria Valutazione multidimensionale
Presenza in carico precoce dei casi Identificazione e gestione e dei contatti sorveglianza attiva	Infermieri Psicologi Assistenti sociali	PDTA Progetto riabilitativo Supporto psicosociale
Piano di potenziamento della rete territoriale		
Setting assistenziali	Mission assistenziale	Attività
Ambulatori Medici di famiglia	Presenza in carico delle problematiche preventive e assistenziali non di competenza ospedaliera connesse alle maxiemergenze sanitarie e pandemiche	Attività dei Medici di famiglia e specialisti ambulatoriali Attività ambulatoriale Specialistica
Ambulatori Medici associati		Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata- ADI
Ambulatori specialistici ambulatoriali		Diagnostica strumentale semplice
Domicilio del paziente Residenzialità sanita		USCA-Unità speciali di continuità assistenziale-
<u>Strutture ospitanti soggetti sottoposti a sorveglianza</u>		Attività di assistenza sociale
Strutture per casi asintomatici e pauci sintomatici		Attività di supporto psicologico

Abbiamo già ricordato nella scheda 1 riportata nel capitolo 2 le specifiche disposizioni che l'articolo 1 della legge n.77/2020 ha dettato alle Regioni per l'adozione dei **piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale**, indicandone la finalizzazione e la necessità di recepirli **nei Programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza Covid19**, previsti dall'art. 18, comma 1, del decreto-legge n.18/2020. Ciò anche ai fini del monitoraggio, a fini esclusivamente conoscitivi, da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Qui di tali disposizioni decliniamo l'aspetto tecnico organizzativo.

Contenuti tecnico organizzativi del Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale territoriale

Implementazione dei servizi di assistenza domiciliare integrata – ADI

Si è potenziata l'assistenza integrata territoriale - ADI, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA) per

- accrescere l'attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica;
- massimizzare l'assistenza in favore dei pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati, identificati attraverso le attività di monitoraggio;
- provvedere all'assistenza domiciliare per tutti i soggetti fragili le cui condizioni risultano aggravate dall'emergenza in corso, ovvero per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, bisognosi di cure palliative/terapia del dolore e in generale per le situazioni di fragilità.

L'ADI (definita dall'art. 22 “Cure domiciliari “del D.p.c.m. 12 gennaio 2017 di aggiornamento dei LEA), comprende un insieme organizzato di prestazioni di natura socio-sanitaria erogate presso il domicilio di persone disabili e non autosufficienti bisognose di assistenza di lunga durata.

La copertura dell'ADI dovrebbe crescere: per gli over 65 passerà dagli attuali 611mila soggetti a 923mila unità (dal 4% al 6,7%); per gli under 65 dagli attuali 70mila assistiti a domicilio a 140mila (dallo 0,15% allo 0,3%).

Acquisizioni di immobili tramite Requisizioni

Si prevede la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in

sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata. Tutto ciò anche in applicazione dell' art. 6 del [decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020](#) (L. n. 27/2020). I Distretti devono garantire adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza degli stessi, nonché il supporto per le attività logistiche di ristorazione e di erogazione dei servizi essenziali.

L'infermiere di quartiere

Si prevede il reclutamento di personale infermieristico e l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comuni-

USCA

Si dispone il rafforzamento delle unità speciali di continuità assistenziale (con specialisti convenzionati da utilizzare anche per attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite (RSA) e le altre strutture residenziali. Le **USCA** sono state istituite dall'art. 8 del [decreto legge 14 del 9 marzo 2020](#), poi assorbito dal [decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020](#) come art. 4-*bis*.

L'impegno è di costituirne **una ogni 50.000 abitanti), attivate per la gestione domiciliare**. Sono state costituite per consentire ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai medici di continuità assistenziale (ex guardia medica) di garantire l'attività di assistenza territoriale ordinaria, indirizzando alle USCA, a seguito del controllo a distanza attraverso *triage* telefonico, i pazienti sospetti di essere affetti da COVID-19. A seguito della segnalazione, tali pazienti possono essere presi in carico dall'unità speciale. Per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso, il *triage* deve essere effettuato in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. Per l'incarico di natura convenzionale è previsto un compenso orario pari a 40 euro lordi. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle 8.00 alle 20.00, e ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro ad ora. I medici dell'unità speciale

per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettario del Ssn, di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure previste.

Per quanto riguarda l'attivazione delle USCA da parte delle Regioni, la Corte dei Conti, nella [memoria](#) depositata nel corso dell'audizione presso le Commissioni Camera e Senato riunite, in occasione dell'esame della legge di bilancio 2021, aveva lamentato che, a fine ottobre, “La stessa attivazione delle Unità speciali di continuità assistenziale, che ben avrebbero potuto rappresentare uno strumento di assistenza sul territorio anche in grado di alleviare la pressione sugli ospedali, ha avuto un andamento inferiore alle attese e con forti differenze territoriali. Vi ha inciso la volontarietà dell'adesione da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri e le difficoltà nonché di disporre di adeguate attrezzature sanitarie. Nonostante in alcune regioni le realizzazioni siano state forti, la media a livello nazionale era inferiore al 50 per cento”.

Una successiva [verifica](#) con gli assessorati regionali alla sanità operata da parte di Quotidiano sanità il 25 novembre, ha indicato il numero totale di Usca attivate pari a 1.312 (al netto di Calabria e PA di Bolzano che non hanno risposto alla verifica) a fronte di un totale *standard* previsto di 1.204 unità. Come sempre, la situazione regionale appare difforme, con alcune regioni che hanno attivato più USCA rispetto al numero previsto (rapporto 1 USCA ogni 50.000 abitanti), altre che ne hanno attivate in numero minore.

La [circolare del Ministero della salute n. 7865 del 25 marzo 2020](#) *Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19* ha inoltre ribadito la necessità di potenziare la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, per i dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario per i contatti di caso o per i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché per i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti. Per coloro i quali non possa essere garantito l'isolamento, la circolare dispone la presa in carico da parte dei servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, in raccordo con i MMG e l'Unità speciale di continuità assistenziale.

La stessa circolare specifica che, garantita la necessaria assistenza sanitaria, i servizi sociali delle amministrazioni comunali e le associazioni di volontariato, mediante coprogettazioni e attraverso l'adozione di specifici protocolli, definiscono tutte le misure necessarie per assicurare alle persone sole e prive di *caregiver* la massima tutela e il supporto per le necessità quotidiane. Ad oggi, tutte le Regioni hanno istituito le USCA, con DGR od ordinanze, seppur con

alcune differenze rispetto alla tipologia dei pazienti da prendere in carico, alla composizione delle Unità e perfino al rapporto tra USCA e numero di abitanti. L'art. 1, comma 6, del citato Decreto Rilancio ha integrato la composizione delle Unità con medici specialisti convenzionati. Inoltre, in considerazione delle funzioni assistenziali, svolte sul territorio, ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale di attività, da consegnare all'ente sanitario di competenza, che la trasmette alla regione di riferimento. Il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e finanze, in sede di monitoraggio dei Piani regionali di assistenza territoriale, possono richiedere le relazioni necessarie. Per l'intervento sono state **stanziare risorse pari a 61 milioni di euro, complessivamente impegnati per spese di personale.**

Servizio sociale

Si dispone l'assunzione di assistenti sociali di supporto alle USCA nelle valutazioni multidimensionali

Centrali operative regionali

Si potenzieranno le Centrali operative regionali dotate con apparecchiature informatiche e di telemedicina, di raccordo con le USCA e i servizi di urgenza/emergenza. Ricopriranno un ruolo centrale per il monitoraggio dei soggetti posti in sorveglianza attiva o in quarantena precauzionale, sia a domicilio sia negli immobili requisiti, coordinandosi, in caso di peggioramento delle condizioni cliniche, con i servizi di emergenza urgenza per una tempestiva ospedalizzazione. Inoltre, le Centrali saranno responsabili della fornitura ai pazienti dei saturimetri e delle altre apparecchiature necessarie per il controllo a distanza dei parametri vitali.

Strutture di prossimità

Si tratta di strutture in cui proporre **progetti** che riducano le logiche di istituzionalizzazione, a favore della domiciliarità, e consentano la valutazione dei risultati ottenuti anche attraverso il ricorso a **strumenti innovativi quali il budget di salute individuale e di continuità**. Prevedono il coinvolgimento di tutte le istituzioni presenti sul territorio unitamente al volontariato locale ed a enti del terzo settore *no profit*, ispirate al principio della piena integrazione sociosanitaria per la promozione e la prevenzione della salute, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie più fragili.

Residenze Sanitarie Assistenziali

È prevista l'adozione **di linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture pubbliche e private** che durante l'emergenza erogano prestazioni di

carattere sanitario e sociosanitario per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o altri soggetti in condizione di fragilità. Le linee guida vengono adottate nel rispetto di alcuni principi, tra i quali la garanzia della sicurezza e del benessere psico-fisico delle persone ospitate o ricoverate, la garanzia della sicurezza di tutto il personale impiegato, anche attraverso la fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale, nonché la previsione di specifici protocolli per la diagnosi dei contagi e per la sanificazione periodica degli ambienti. Le citate strutture vengono equiparate ai presidi ospedalieri ai fini dell'accesso, con massima priorità, alla fornitura dei dispositivi di protezione individuale e di ogni altro dispositivo utile alla gestione dell'emergenza epidemiologica.

Reti di microbiologia

Al fine di rafforzare il [Sistema di sorveglianza integrata COVID-19](#) (già operante a livello nazionale), il Decreto Rilancio (art. 1, commi da 1-*bis* a 1-*quater* del decreto legge n.34/2020) ha istituito le **reti dei laboratori di microbiologia** per la diagnosi di infezione da SARS-COV-2. Le regioni e le province autonome, responsabili della costituzione delle reti, sono tenute a individuare un laboratorio pubblico di riferimento regionale con il compito, operando in collegamento con l'Istituto superiore di sanità (ISS), di indicare, ai fini dell'accreditamento regionale, i **laboratori di microbiologia pubblici e privati** (in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa di settore) idonei a far parte delle predette reti. Il laboratorio di riferimento regionale, con compiti di coordinamento regionale, è identificato dalle regioni e dalle province autonome sulla base delle indicazioni tecniche fornite dal Ministero della salute. I laboratori di microbiologia così individuati sono tenuti a trasmettere i referti positivi dei test molecolari per infezione da SARS-CoV-2 al Dipartimento di prevenzione territorialmente competente.

Incremento dell'assistenza specialistica

Per il 2020 è consentito alle aziende sanitarie locali e agli enti del Ssn di incrementare, con ore aggiuntive, il monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Attivazione di aree sanitarie temporanee

In conseguenza della temporanea carenza di posti letto e di altri spazi assistenziali da riservare esclusivamente ai malati di COVID-19, nella prima fase emergenziale l'articolo 4 del [decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020](#) ha previsto l'attivazione di **aree sanitarie temporanee**, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, **accoglienza ed assistenza. A tali aree possono non applicarsi i requisiti di accreditamento.**

Riduzione delle liste di attesa

Per la riduzione delle liste di attesa relative alle prestazioni ambulatoriali, *screening* e di ricovero ospedaliero, non erogate nel periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19, l'articolo 29 del c.d. Decreto Agosto (DL. n. n.104/2020, convertito dalla [L. n. 126/2020](#)) prevede alcuni **interventi straordinari** che le Regioni possono adottare nel 2020 in deroga ai vincoli della legislazione vigente sulla spesa di personale e sono stanziare apposite risorse, che incrementano il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per il 2020. La scelta degli strumenti da utilizzare resta in capo all'autonomia delle regioni che, tuttavia, per accedere alle risorse, devono presentare un **Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, da inserire nel Programma Operativo** per la gestione dell'emergenza da COVID-19 previsto dal decreto-legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita).

Gli interventi a cui le regioni e le province autonome possono ricorrere per ridurre le liste di attesa sono i seguenti:

- **prestazioni aggiuntive, nell'ambito dell'attività professionale intramuraria dei dirigenti medici**, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti dal Ssn, come previsto dall'ultimo [contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area sanità per il triennio 2016-2018](#), **incrementando da 60 a 80 euro onnicomprensivi la tariffa oraria lorda**. Tale intervento è previsto per il recupero dei ricoveri ospedalieri ad esclusione dei servizi di guardia medica per i quali non è riconosciuta la possibilità di elevamento, sia per quello delle prestazioni ambulatoriali e per i test di *screening*; restano ferme le disposizioni vigenti in materia di volumi di prestazioni erogabili, orario massimo di lavoro e riposi;

- **prestazioni aggiuntive da parte del personale non dirigenziale** (del comparto sanità), con un **aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi**. Per le stesse finalità di aumentare il numero delle erogate dal Ssn, i commi da 5 a 7 dello stesso articolo 29 del citato decreto legge n. 104 del 2020, permettono agli **specializzandi iscritti all'ultimo anno del corso di formazione medica specialistica o al penultimo prestazioni anno del relativo corso** (se di durata quinquennale), di stilare in autonomia **esclusivamente i referti per prestazioni di controllo ambulatoriale** con riferimento alle visite, agli esami e alle prestazioni specialistiche, mentre la **refertazione delle prime visite**, degli esami e delle prestazioni specialistiche è invece **riservata ai medici specialisti**. Il possesso della specializzazione è comunque richiesto per le refertazioni relative alle seguenti branche specialistiche: anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore; medicina nucleare, radiodiagnostica e radioterapia.

Altre misure e iniziative disposte nel corso dell'emergenza

Per quanto riguarda le altre misure e iniziative su cui è intervenuta la decretazione legislativa di urgenza, ci limitiamo a fornire di esse un elenco, rinviando ad un eventuale ulteriore nostro contributo le nostre osservazioni.

- Procedure semplificate per le pratiche e attrezzature medico-radiologiche
- Approvvigionamento e fornitura di Mascherine chirurgiche (Dispositivi medici) e Dispositivi di protezione individuale (DPI)
- Credito d'imposta sanificazione ambienti di lavoro, mascherine chirurgiche e DPI
- Disposizioni a supporto dell'acquisto da parte delle Regioni di beni necessari a fronteggiare l'emergenza Covid-19
- Sorveglianza sanitaria e quarantena precauzionale
- Sperimentazione e uso compassionevole dei medicinali e del Plasma iperimmune in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Proroga dei piani terapeutici
- Distribuzione farmaci
- Fascicolo sanitario elettronico
- Indagine di sieroprevalenza sul SARS-COV-2 condotta dal Ministero della salute e dall'ISTAT
- Tamponi e dispositivi per la diagnostica COVID-19
- App Immuni e tracciamento (ricerca e gestione) dei casi COVID-19

Il significato che potrebbe assumere il Piano per il potenziamento della rete territoriale

Il tema generale è quello del ruolo che tutta la filiera dei servizi territoriali è chiamata a svolgere nel contrastare la pandemia e della opportunità che questa mobilitazione oggi utilizzata per il COVID sia poi mantenuta, non solo per recuperare i ritardi assistenziali accumulatosi sul versante dell'assistenza ordinaria, ma anche per migliorare a regime i processi di presa in carico delle fasce di popolazione a rischio.

Il punto di partenza non può che essere la previsione dell'articolo 1, comma 1 della legge n.77/2020 e il ruolo peculiare giocato dalle cure primarie (termine che si stenta a trovare nelle proposte del Governo).

Intorno a questo va costruita quella integrazione forte che a partire dai medici di famiglia sia il fondamento cui ancorare gli interventi ambulatoriali, quelli domiciliari.

quelli semiresidenziali e quelli residenziali. Fino a comprendere l'assistenza in strutture intermedie o presso strutture cosiddette di prossimità.

Questa esigenza di un approccio integrato deve allargarsi fino a comprendere esperienze assistenziali e preventive al confine con gli interventi di competenza dei Dipartimenti che agiscono in parallelo al Distretto (Prevenzione, Salute mentale, Dipendenze).

Che questa esigenza di un "governo" tecnico unitario sia sottovalutata è testimoniato dal fatto che ancora si ragiona per compartimenti separati. E allora accade che nell'arco di poche settimane siano proposte e accolte richieste tra loro non coordinate. Ad esempio, l'implementazione delle strutture di prossimità, che secondo una norma vanno sperimentate prima di essere realizzate, mentre un'altra e parallela norma ne dispone già l'attivazione di concerto tra Dipartimenti di salute mentale e distretti.

A questo punto si rende indispensabile un correttivo da applicarsi a valle delle disposizioni inerenti alle varie componenti della filiera dei servizi territoriali già toccate dai Decreti-legge COVID. In base a questo correttivo i programmi di potenziamento dei servizi territoriali potrebbero essere compattati e diventare il fulcro di un articolato sistema di cure primarie, nell'ambito dei Programmi operativi in parallelo con i Piani ospedalieri.

In tale sistema intorno alla Medicina generale e alla pediatria di libera scelta, dovrebbe articolarsi la rete assistenziale basata integrata e dovrebbero definirsi i processi di presa in carico. Per processi di *presa in carico* intendiamo l'adattamento dei Livelli essenziali di assistenza all'esigenza del singolo paziente delle prestazioni (singole o aggregate) erogabili ai sensi del DPCM sui LEA.

In parallelo a quanto molti hanno già invocato per le reti ospedaliere, anche per le reti territoriali occorre garantire una flessibilità che permetta di assicurare tipologie di prestazioni sanitarie e assistenziali sempre adeguate rispetto a un quadro epidemiologico che, da un lato si conferma come fortemente caratterizzato dalla prevalenza di patologie cronico degenerative, dall'altro vedrà le nostre popolazioni investite da emergenze epidemiche o pandemiche.

Va precisato il ruolo dei Distretti, che a fronte dell'aumentato bacino di popolazione (che ha fatto seguito ai processi di accorpamento delle USL) hanno visto cambiare la propria missione, che è diventata sempre più quella di braccio della Direzione strategica aziendale e sempre meno struttura di diretta gestione di servizi assistenziali

Capitolo 4 - COVID e finanziamento del SSN

Il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale che si sta consolidando per il 2020 e si va delineando per il 2021 riflette due scelte che sono state operate:

La prima si riferisce alla decisione di

- confermare quanto previsto dall'art. 1, co. 514-516 della legge n. 145 del 2018 e reso operativo con la sottoscrizione del Patto per la salute 2019-2021. Ciò ha significato nel triennio incrementare l'importo di 114.439 milioni di euro del 2019, di 2.000 milioni per il 2020 e di ulteriori 1.500 milioni per il 2021.
- mettere a disposizione un'ulteriore quota pari a 10 milioni di euro, per effetto del comma 518 del medesimo articolo della legge di bilancio 2019, finalizzata a un corrispondente aumento delle disponibilità vincolate sul fondo sanitario nazionale, per l'attivazione di un maggior numero di borse di studio per la formazione specifica di medici di medicina generale.

Il quadro risultante era il seguente

TAB. 1 - FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE in base al Patto per la salute 2019-2021
(in milioni di euro)

	2019	2020	2021
Livello base del finanziamento del fabbisogno nazionale standard per il triennio 2019-2021	114.439	114.439	114.439
Incremento subordinato alla stipula del Patto per la salute 2019-2020		+2.000	+2.000
Ulteriore importo per borse di studio Medici MG	10	10	10
TOTALE	114.449	116.449	117.949

La seconda scelta è stata quella di reagire all'avvenuto impatto COVID , prospettando, già nella definizione del Documento di economia e finanza 2020 (DEF 2020) , la messa disposizione di ulteriori risorse per il SSN. Prima di ricordare l'ammontare di tali risorse aggiuntive, va evidenziato come la loro entità complessiva non è stata fissata sulla base di un'idea programmatica o progettuale organica, che poteva esser fatta coincidere con i programmi operativi di cui all'articolo 18 del decreto-legge n. 18/2020, agli articoli 1 e 2 del decreto n.34/2020 e anche agli articoli 29 della legge n.126/2020. In altre parole, la scelta è stata quella di procedere a "spicchi", per cui la complessiva dotazione di risorse aggiuntive appare come una sommatoria di finalizzazioni molto specifiche rivolte a sostenere singoli fattori produttivi (le risorse umane, anzi le singole figure professionali, i dispositivi medici, i farmaci, ecc.). In ogni caso, per gli anni 2020 e 2021 il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato rivisto in aumento, sulla base di specifiche determinazioni contenute nei provvedimenti legislativi urgenti connessi al controllo e al contrasto della pandemia. Il quadro prospettato in tabella 1 è stato sostituito da quello rappresentato in tabella 2.

TAB 2-IL FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE in base all'impatto COVID

(milioni di euro)

		2020	2021
A	Livello base del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il 2020 (art. 1 comma 514 della legge 30 dicembre 2018 n. 145) incrementato dei 10 mln per le borse di studio per Medici MG (art 1, comma 518 medesima legge	116.449	117.949
B	Incremento per compilazione e trasmissione per via telematica da parte dei medici e delle strutture sanitarie dei certificati medici di infortunio e malattia professionale (comma 527e 528 legge 30 dicembre 2018 n. 145)	27	29
C	Incremento per abolizione ticket (art. 1 comma 447 della legge 27 dicembre 2019 n. 160)	185	554
9D	Livello del finanziamento complessivo nello scenario prima dei provvedimenti Covid (A + B + C))	116.661	118.532
e1	Incrementi disposti con il D.L. 18/2020	1.410	
e2	Incrementi disposti con il D.L. 34/2020	1.968	945
e3	Incremento disposto con il D.L.104/2020	478	
E	Finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato rideterminato il base ai DD.LL. 18 - 34 e 104 del 2020 (D+ e1 + e2 +e3)	120.517	119.477
f1	Incremento DDL di bilancio per il 2021, come incremento del finanziamento		1.000
f2	incremento DDL Bilancio 2021 per l'indennità di esclusività		500,
f3	retribuzione infermieri		335
f4	esecuzione dei tamponi da parte MMG e PLS		70
f5	incremento dei contratti di formazione specialistica		105
f6	trasferimento dei fondi della CRI dal FSN ad un capitolo del ministero della Salute		-117
G	Finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato (dopo legge di bilancio 2021) (G +f1 +f2 + f3+ f4+ f5+ f6)	120.517	121.370

Fonte: tratto con modifiche dalla elaborazione Corte dei conti su dati MEF, contenuta nella Memoria sul bilancio di previsione di Stato per l'anno finanziario 2021.

Per completezza si ricorda anche che nell'ultima Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NaDEF) viene prevista una spesa sanitaria in mln di euro pari 120.864 per il 2020 e 121.952 per il 2021.

Complessivamente il livello di finanziamento del SSN ha un incremento del 3,6 per cento rispetto al 2019. L'incidenza sul PIL della spesa sanitaria pubblica per l'anno in corso è stimata al 7,2%. Per il 2021 invece è previsto un rallentamento della crescita, stimata all'1,3% rispetto al 2020 con un'incidenza sul PIL del 6,9%.

La Corte dei conti valuta che la normativa emergenziale COVID nel corso del 2020 ha autorizzato una maggiore spesa per il 2020 e il 2021 rispettivamente per 3,7 e 1,7 miliardi. Per il 2020 vi è una corrispondenza tra aumento del finanziamento e maggior fabbisogno, tranne che per la spesa per l'esecuzione di tamponi rapidi da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta che grava sul finanziamento già accordato. Invece per il 2021 l'adeguamento è stato solo parziale

in quanto la maggior spesa autorizzata di circa 1,6 miliardi trova una corrispondenza solo parziale nel maggior finanziamento disposto che è stato pari solamente a 500 milioni. La situazione è presentata nella tabella 3.

TAB-3 II DETTAGLIO DELLE MISURE EMERGENZIALI COVID E DEL RELATIVO RIFINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (milioni di euro)	maggiore spesa prevista	maggiori risorse attribuite	maggiore spesa prevista	maggiori risorse attribuite
Misure disposte	2020	2020	2021	2021
Misure disposte con il DL. 18/2020 articolo 18 comma 1 per il solo anno 2020: remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario 250 mln/ reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico sanitario 650 mln/ incremento del monte ore <u>della specialistici</u> 6 mln/ potenziamento delle reti di assistenza attraverso contratti con strutture private 240 mln/ utilizzo di personale in servizio presso privati con attrezzature presenti nelle strutture private 160 mln/ USCA 104 mln	1.410	1.410		
Misure disposte con il DL. 34/2020 articolo 1 comma 11: <u>requisizione</u> in uso di immobili per la gestione dei pazienti in sorveglianza attiva ed isolamento 33 mln per il 2020/ implementazione ADI 734 mln di cui 265 per il personale per il 2020 e il 2021/ reclutamento personale infermieristico e introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (8 unità ogni 50.000 per un totale di 9.600 333 mln per il 2020 e 480 mln per il 2021)/ rafforzamento <u>Usca</u> (personale) 61 mln per il 2020/ assunzione di assistenti sociali di supporto (personale) 14 mln per il 2020/ <u>Usca</u> indennità personale infermieristico 10 mln per il 2020/ istituzione e potenziamento delle centrali operative regionali 72 mln, di cui 24 mln per il personale, per il 2020 e 33 mln per il 2021	1.257	1.257	1.246	500
Misure disposte con il DL 34/2020 articolo 2 comma 10; <u>personale ambulanze</u> 52 mln per il 2020 e 83 mln per il 2021/ personale terapie intensive 189 mln per il 2020 e 264 mln per il 2021/ risorse per incentivi al personale 190 mln per il 2020/	431	431	347	
Misure disposte con il DL 34/2020 articolo 5: per borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici	105	105	105	105
Misure disposte con il DL 34/2020 articolo 103: emersione rapporti di lavoro-oneri per procedure di emersione-	170	170	340	340
Misure disposte con il DL 34/2020 articolo 104: incremento dotazione Fondo sanitario Nazionale per erogazione degli ausili, ortesi e protesi per rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena inclusione sociale delle persone con disabilità	5	5		
Misure disposte con il DL. 104/2020 art. 29 comma 9: <u>compensi</u> per il riassorbimento liste di attesa	478	478		
Misure disposte con il DL 137/2020 art 18 comma 2 esecuzione di tamponi rapidi da parte dei MMG e PLS	30			
Totale	3.886	3.856	2.038	945

(milioni di euro)

Fonte: tratto con modifiche dalla elaborazione Corte dei conti su dati MEF, contenuta nella Memoria sul bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2021,

Nel commentare questa situazione la Corte dei conti da un lato invita a tener conto che molte delle attività e delle iniziative previste e corredate della necessaria autorizzazione alla spesa segnano un forte ritardo.

Si ricorda che questo ritardo riguarda:

- la presentazione da parte delle regioni del piano per la revisione dell'assistenza territoriale prevista dall'articolo 1 del decreto-legge n.34/2020 (e a cui sono riferibili circa 734 milioni). E quindi riguarda anche la valutazione e il monitoraggio da parte del Ministero della salute e dell'Agenas
- l'attuazione piena dei piani regionali per il recupero delle liste d'attesa (D.L. 104/2020)
- l'attivazione piena delle Unità speciali di continuità assistenziale, che avrebbero potuto irrobustire l'assistenza sul territorio ad alleviare la pressione sugli ospedali, ha avuto un andamento inferiore alle attese e con forti differenze territoriali
- la effettiva implementazione della figura e del ruolo dell'infermiere, per la quale era atteso un documento da assumere come intesa Stato regioni,

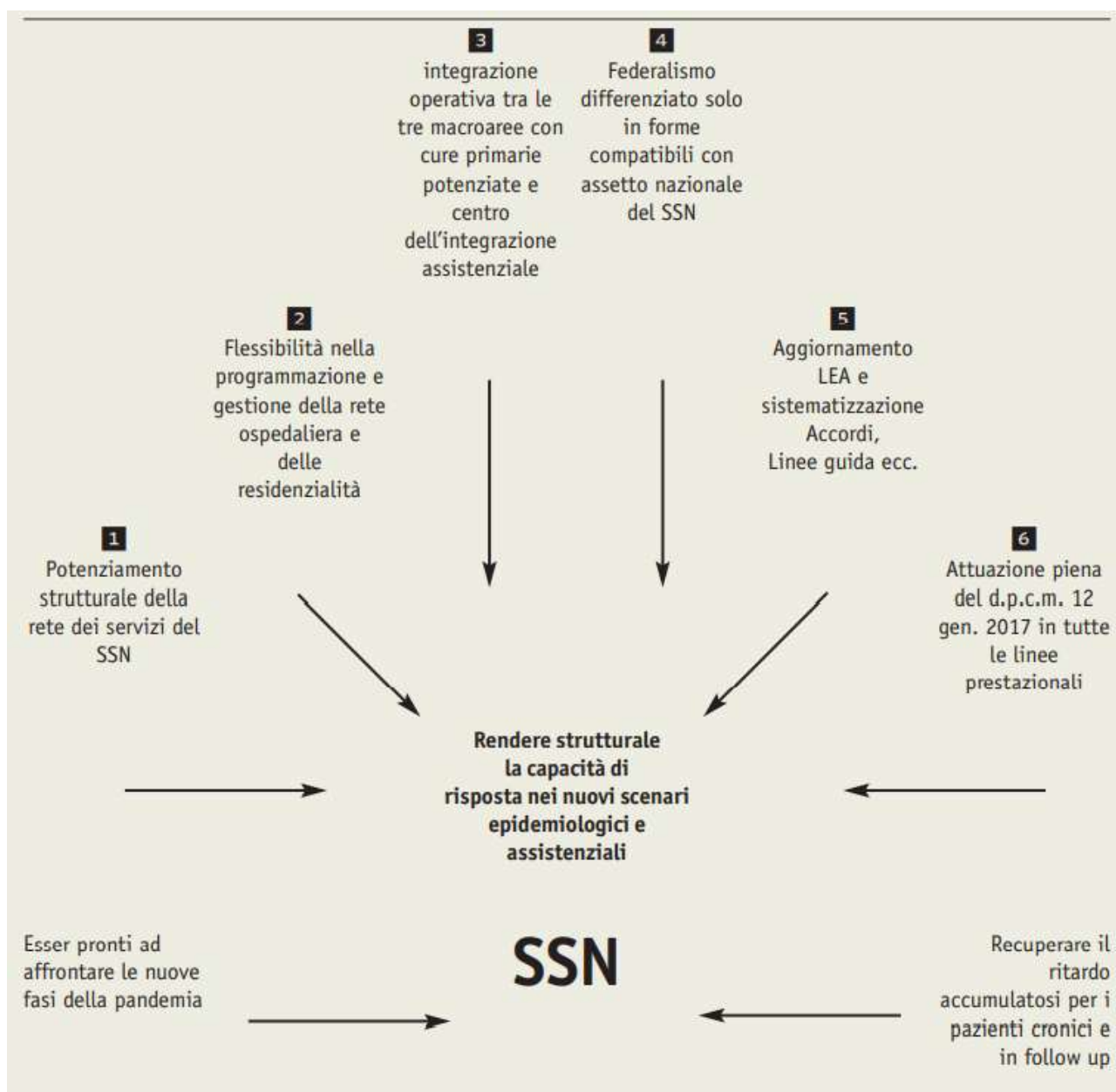
Dall'altro lato la stessa Corte, ha in astratto rilevato che, dal punto di vista meramente finanziario, la parziale scopertura delle misure, prima evidenziata, potrebbe essere compensata dalle economie di risorse derivanti dalla ritardata attuazione delle misure. Ma ovviamente la Corte richiama i problemi che questo potrebbe comportare in termini di contabilità economica e di aumento dell'indebitamento netto per 2021. Ciò perché si tratta di economie di risorse destinate all'attuazione di disposizioni non impegnate nel 2020. Infine la Corte esprime un severo monito segnalando che *sul prossimo esercizio andranno a gravare, inoltre, i costi per il recupero del forte rallentamento dell'attività registrata nel 2020. Il rinvio dell'attività ospedaliera e di quella specialistica e ambulatoriale ordinaria, evidente nei "risparmi" rilevati nei costi delle aziende sanitarie, è destinata a tradursi in fabbisogni aggiuntivi nel prossimo anno.*

Capitolo 5 -. Osservazioni finali e conclusioni

Abbiamo cercato di offrire un quadro di come Governo e Parlamento attraverso una serie di decreti-legge hanno approvato disposizioni urgenti per supportare il Servizio Sanitario Nazionale nella difficile situazione provocata dal diffondersi delle infezioni da SARS-CoV-2, ponendo l'attenzione sulle molteplici misure che sono state adottate. Tale quadro è da integrarsi con le osservazioni che recentemente abbiamo

proposto nel volume e-book sui LEA e sull’impatto della pandemia da CoViD 19, consultabile tramite il link (http://95.110.234.53/qs_dnl/aspetti_teorici_applicativi_lea.pdf)

Tali osservazioni erano riassunte nello schema che per comodità di lettura qui riprendiamo.



Da Palumbo F. – La Falce M.G., *Aspetti teorici e applicativi dei Lea in campo sanitario*, Qsedizioni, Collana Medicina e Società, Roma 2020

Ulteriori considerazioni che possono farsi sono quelle qui di seguito riportate.

Quella in atto si è confermata come la prova più difficile che il nostro SSN ha dovuto affrontare.

Con la serie di decreti -legge approvati quest'anno in materia di emergenza sanitaria COVID sono state adottate una serie di misure che, nel loro insieme, configurano un complesso mosaico nel quale confluiscono e si confondono almeno cinque linee dispositive che sono finalizzate a:

- 1) Supportare con disposizioni legislative le necessarie misure di sanità pubblica che hanno assunto una rilevanza straordinaria come straordinaria è stata la contagiosità e la patogenicità della malattia CoViD-19 provocata SARS-CoV-2
- 2) Dare indicazioni in materia di regolamentazione delle procedure di diagnosi e cura per il CoViD-19, che fossero rapide e vincolanti per le strutture e le varie figure professionali coinvolte
- 3) Disporre adeguati e straordinari finanziamenti
- 4) Introdurre innovazioni in grado di facilitare l'azione di contrasto al CoViD-19
- 5) Introdurre con rapidità anche disposizioni legislative finalizzate a introdurre modifiche su singoli aspetti del quadro normativo del SSN.

In relazione ai punti 4 e 5 qui sopra riportati si può dire che la scelta degli attori politici sulle problematiche da affrontare in Parlamento ha in un primo momento seguito il criterio della urgenza, ma poi successivamente il criterio della urgenza è stato sempre più integrato e sostituito da un criterio misto di opportunità:

-un'opportunità virtuosa in base alla quale si è inteso approfittare di una fase di plasticità del sistema per introdurre elementi innovativi già maturi come elaborazione e come concertazione tra il livello nazionale e quello regionale;

-un'opportunità non virtuosa, in base alla quale, per una scelta politica, è parso ci si volesse avvalere dei tempi ristretti di approvazione parlamentare per ~~introdurre~~ nel sistema elaborazioni ed elementi innovativi non ancora maturi.

I redattori dei dossier parlamentari, cui abbiamo fortemente attinto per avere informazioni e documentazione, quando si sono trovati a documentare proposte riferibili a quest'ultima fattispecie (tematiche non mature) hanno fatto un generico richiamo a una volontà di accelerare alcuni impegni del Patto per la salute 2019-2021. Il problema è che una rapida lettura di tale Patto, se paragonato ad altri precedenti Patti, ne svela, in alcuni tratti, la superficialità di approccio, l'assenza di un'idea programmatica e sistemica e il suo aspetto strumentale, quasi solo finalizzato a ottenere lo subloco delle risorse aggiuntive, ottenute per innalzare il livello di finanziamento del fabbisogno del SSN. Ciò senza tenere conto, che, a differenza dei Patti precedenti, quanto previsto, laddove possibile, non ha trovato seguito in formali impegni normativi proprio in alcuni punti legati alla garanzia dei LEA. In tema di sviluppo delle reti territoriali e del riordino della medicina generale si conveniva sul "*completamento del*

processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone”.

Purtroppo, è proprio tale sistema intorno alla Medicina generale e alla Pediatria di libera scelta, che si è rivelato uno degli anelli deboli della catena ed è proprio tale sistema invece il fulcro intorno al quale dovrebbe articolarsi la rete assistenziale primaria integrata e dovrebbero definirsi i processi di presa in carico della persona. Per processi di *presa in carico* intendiamo il possibile adattamento dei Livelli essenziali di assistenza alle peculiari esigenze che il singolo paziente esprime nell'avvalersi delle prestazioni (singole o aggregate) erogabili ai sensi del DPCM sui LEA. Senza questo fondamentale tassello, che senso ha riaffrontare in termini astratti il tema del Distretto?

Complessivamente si sente la mancanza di una visione complessiva e sistemica che tenga conto del fatto che l'impatto della pandemia sul SSN ha sconquassato tutta la filiera di servizi, attività e interventi, bloccando l'accesso ai servizi sanitari dei pazienti portatori di cronicità, di fragilità, di precario controllo dei fattori che possono in pochi giorni far emergere scompensi acuti o aprire la strada a rapidi peggioramenti del residuo stato di salute. Sicuramente l'emergenza sanitaria che il Paese ha dovuto affrontare non poteva consentire nell'immediato di avviare processi di riordino di settori quali quello della medicina generale e della pediatria di libera scelta. Tuttavia, dopo un anno di legislazione emergenziale, sarebbe utile una riflessione su come avviare questo processo. Tutti gli sforzi sinora compiuti dovrebbero confluire in una direzione che ne possa consentire il governo, soprattutto e anche in termini di finanziamento sul lungo periodo, in vista della necessità di un più stringente monitoraggio di nuovi impegni assistenziali come quello per la campagna vaccinale Covid 19.

Tutto ciò è, infatti, condizionato dal fatto che, appunto, il tema di un adeguato finanziamento del fabbisogno del SSN è ancora del tutto aperto, se si tiene conto che l'incremento di tale finanziamento per il 2020 si sta rivelando come non strutturale ma episodico.

Un ulteriore elemento di riflessione su un aspetto istituzionale: la collaborazione tra Stato e Regioni su queste tematiche sembra aver toccato i punti più alti e al tempo stesso i punti più bassi. Il confronto è stato spesso tutto politico e poco istituzionale.

Si era invocato un affiancamento, fatto di un'azione certo faticosa ma molto proficua di continuo confronto sul piano tecnico istruttorio. Ma poco si è visto in questo senso. La fase di definizione dei programmi operativi e dei piani di riorganizzazione (art. 18 del decreto-legge 18/2020 e artt. 1 e 2 del decreto-legge 34/2020) è stata un'occasione mancata.

Per chiudere, l'analisi seppur sommaria della legislazione fin qui adottata, con tutti i

risvolti sulla decretazione d'urgenza nei rapporti Stato-Regioni, lascia aperti due interrogativi: il primo sul parallelismo tra la tutela della salute cui sono chiamate le Regioni nell'organizzazione dei servizi e la potestà esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale più che mai in una situazione di emergenza sanitaria, il secondo sul raccordo tra la normativa inerente le emergenze sanitarie nazionali e internazionali e quella sulla protezione civile che va migliorato nella definizione della catena di comando e delle relative responsabilità.