

La riforma della sanità territoriale in Calabria fra diagnosi, prognosi e terapia*

Claudio Panzera**

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

SOMMARIO: 1. Una riforma ambiziosa per un contesto problematico. – 2. Lo stato della sanità in Calabria: diagnosi ed effetti di una condizione patologica. – 3. Prognosi e terapia: la scommessa del PNRR. – 4. Le criticità del sistema sanitario regionale e il quadro degli interventi previsti. – 5. I fattori del cambiamento.

1. Una riforma ambiziosa per un contesto problematico

Il d.m. n. 77/2022 porta a compimento, sul versante dell'assistenza territoriale, quell'ampio processo di riordino del servizio sanitario avviato pochi anni prima sul fronte dell'assistenza ospedaliera (d.m. n. 70/2015), propiziato ora anche dalle ingenti risorse messe a disposizione dal Piano nazionale di ripresa e resilienza e dal Piano degli investimenti complementari¹. L'auspicio – e l'ambizione – sotteso(a) alla riforma è che il cambiamento

* Lo scritto costituisce una rielaborazione dell'intervento svolto dall'Autore nella Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

** Professore associato di Diritto costituzionale nell'Università Mediterranea di Reggio Calabria.

¹ Per la Missione 6 "Salute" vi sono a disposizione quasi 21 miliardi: 15,63 mld dal RRF; 1,89 mld dal PNC; 1,7 mld dal *React EU* e 625 mln dal Programma Coesione UE. Alla nuova sanità territoriale sono assegnati 7 mld dal PNRR e 500 mln dal PNC (la ripartizione dettagliata per linee di investimento delle due componenti in cui articola la Missione 6 è contenuta nel d.m. 1.04.2022). Com'è noto, il PNRR prevede l'allocazione al Sud di almeno il 40% delle risorse stanziolate; tuttavia, i criteri di impiego per la realizzazione di alcuni investimenti non consentono sempre di raggiungere tale soglia minima: è il caso delle Centrali Operative Territoriali, distribuite sulla base di un valore standard demografico fisso (una ogni 100 mila abitanti). Cfr. la *Relazione sullo stato di attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)* della Corte dei Conti del marzo 2023, t. II, 313.

organizzativo e strutturale promosso porti non solo a razionalizzare ed efficientare una spesa sanitaria molto elevata o talvolta fuori controllo, ma agevoli, in un processo di condizionamento circolare, la maturazione di una “cultura” della salute e dell’assistenza in grado di percorrere fino in fondo «*il lungo cammino dalla centralità dell’ospedale a quella della persona da assistere*»².

In un modello di organizzazione ed erogazione decentrata (regionale) e mista (pubblico-privata) dei servizi sanitari, come quello italiano, l’obiettivo auspicato non può essere neppure lontanamente perseguito senza una chiara rappresentazione delle diverse realtà regionali che compongono il “sistema” sanitario nazionale, nelle quali il disegno riformatore è destinato a tradursi in concreto. Per quanto concerne la Regione Calabria, la situazione risente di ben note carenze e distorsioni di natura politica, manageriale, organizzativa, prestazionale e finanziaria, che gravano come un macigno sulla comunità regionale e gettano, come si vedrà, una pesante ipoteca sul futuro della riforma.

2. Lo stato della sanità in Calabria: diagnosi ed effetti di una condizione patologica

La sanità calabrese vive una stagione eccezionalmente lunga di “anormalità” dovuta, com’è noto, alla sottoposizione dal 2009 al Piano di rientro dall’indebitamento finanziario e ad un Commissariamento ininterrotto dal 2010. «Un *unicum* nel panorama nazionale»: sono parole della Corte costituzionale³, che già in precedenza aveva stigmatizzato «l’anomalia» di un commissariamento decennale sostanzialmente inefficace (quanto al risanamento)⁴, ed ora ne esplicita la contraddizione con la «necessaria temporaneità e cedevolezza dell’inter-

² G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una “transizione formativa” e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in questa *Rivista*, 2/2022, p. 503 (c.vo testuale), cui si rinvia per utili approfondimenti sulle origini e lo sviluppo della medicina primaria e di prossimità nella legislazione italiana. Per una prima analisi del d.m. n. 77, sotto il profilo procedurale e contenutistico, v. poi R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell’assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, *ivi*, pp. 461 ss.

³ Sent. n. 168/2021, punto 10.3.2 *cons. dir.* La pronuncia, benché “tarata” sulla specifica e anomala situazione calabrese, contiene affermazioni rilevanti per il complessivo disegno costituzionale delle autonomie territoriali, con significative novità rispetto alla giurisprudenza antecedente in materia di poteri sostitutivi e piani di rientro. Su ciò, la dottrina è concorde: cfr. A. PATANÉ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla “crisi dell’autonomia”*. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 168/2021 sul piano di rientro sanitario della Regione Calabria, in questa *Rivista*, 2/2021, pp. 258 ss.; A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali, poteri sostitutivi: riflessioni a margine della sentenza della Corte Costituzionale n. 168 del 2021*, in *Bilancio Comunità Persona*, 2/2021, pp. 50 ss.; A. GENTILINI, *La Corte impone allo Stato di sbarazzarsi della (s)leale collaborazione della Regione Calabria nell’attuazione del Piano di rientro*, in *Giur. cost.*, 4/2021, pp. 1688 ss.; G. D’AURIA, *La “sanità diseguale” della Regione Calabria e gli inefficienti poteri sostitutivi dello Stato: le censure della Corte costituzionale*, in *Foro it.*, 2022, I, cc. 481 ss.

⁴ Sent. n. 199/2018, relativa alla regione Campania. La decisione sottolinea, in specie, le gravi ripercussioni del commissariamento «sugli equilibri della forma di governo regionale, a causa del perdurante esautoramento del Consiglio e della stessa Giunta a favore del Commissario *ad acta*, soprattutto quando è impersonato dal Presidente della Giunta, in un ambito cruciale per il governo della Regione». Un esautoramento dell’autonomia e delle responsabilità degli organi politici della Regione non poco problematica sul piano del modello costituzionale, come osserva I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi*

vento sostitutivo, dato il valore che l'ordinamento continua a riconoscere [...] alla potenzialità del principio autonomistico»⁵.

La decisione del 2021 offre anche un'accurata diagnosi della situazione calabrese, la cui singolarità è spiegata alla luce di tre circostanze:

- a) l'adozione, nel biennio 2019-2020, di misure legislative *ad hoc* dirette ad esautorare il ruolo delle istituzioni regionali dall'attuazione dei programmi commissariali⁶;
- b) una fortissima conflittualità (definita «distruttiva») tra la struttura commissariale – dal 2014 al 2021 non coincidente con la persona del Presidente della Regione – e gli organi regionali di vertice, all'origine di molte paralisi e inefficienze di questa lunga fase⁷;
- c) l'inaffidabilità della contabilità regionale, a causa della quale all'inizio è stato arduo persino quantificare l'entità del disavanzo delle aziende sanitarie (ciò che spiega la

statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica, in *Diritti. reg.*, 1/2021, spec. pp. 54 e 60.

⁵ «La norma impugnata non riflette la descritta connotazione costituzionale del potere sostitutivo, perché stabilisce una misura che si dimostra irragionevole per la sua inadeguatezza alla situazione nella quale deve intervenire» (sent. n. 168, cit.). Come nota esattamente A. GENTILINI, *op. cit.*, p. 1692 s., poiché il limite di efficacia dell'azione commissariale viene rinvenuto nella prolungata inefficienza e scarsa collaborazione dell'amministrazione regionale, l'esito della decisione consiste in un rafforzamento operativo dell'intervento statale, in una paradossale eterogenesi degli effetti.

⁶ V. le stringenti misure disposte per un periodo di 18 mesi dal d.l. n. 35/2019 (conv. in l. n. 60/2019) – che la Corte, dando prova di «equilibrio» terminologico, ha ritenuto non lesivo delle competenze regionali, «temporaneamente ed eccezionalmente «contratte» a causa della pregressa inerzia della Regione ma non per questo da considerare «violato» (sent. n. 168, cit.) – e successivamente, per ulteriori 24 mesi, dal d.l. n. 150/2020 (conv. in l. n. 181/2020). Di quest'ultimo decreto, la citata sent. n. 168/2021 ha dichiarato illegittimi due profili: a) l'obbligo per la Regione di assegnare un contingente minimo di 25 unità di personale alla struttura commissariale (che la Corte converte in contingente massimo, gravando sullo Stato il compito di dotare l'ufficio del Commissario di mezzi e personale idonei allo scopo) e b) la subordinazione del contributo di solidarietà per il periodo 2021-2023 (60 mln all'anno) alla prosecuzione del programma operativo del piano di rientro in atto e non anche, in alternativa, alla presentazione di un nuovo piano di rientro. In attuazione del punto *sub a*), è intervenuto il d.l. n. 146/2021 (conv. in l. n. 215/2021), il cui art. 16-*septies* ha autorizzato l'Agenas a bandire l'assunzione di 40 unità di personale da destinare al Commissario calabrese e le aziende regionali ad assumere fino a 5 unità con contratto a tempo determinato di 36 mesi (scelta considerata «plausibile» dalla successiva sent. n. 228/2022). Quanto al punto *sub b*), la Regione ha preferito continuare con il Piano di rientro esistente, presentando un nuovo Programma Operativo (il quinto) cui ha fatto seguito il previsto Accordo in Conferenza permanente Stato-Regioni sulle modalità di erogazione del suddetto contributo di solidarietà (Rep. Atti n. 264 /CSR del 21 dicembre 2022).

⁷ Il regime di incompatibilità tra la carica di Commissario *ad acta* per i piani di rientro e incarichi istituzionali regionali ha una lunga e contorta evoluzione. Inizialmente previsto dalla l. n. 222/2007 (di conv. del d.l. n. 159/2007: art. 4, c. 2), è subito abrogato dal d.l. n. 112/2008 (conv. in l. n. 133/2008: art. 79, c. 3); nel 2009 viene introdotta l'opposta regola dell'automatica coincidenza fra le due cariche (art. 2, cc. 79, 83 e 84, l. n. 191/2009), ma tre anni dopo si consente al Governo di scegliere anche un altro soggetto (art. 2, c. 6, lett. a, d.l. n. 174/2012, conv. in l. n. 213/2012); l'incompatibilità è ancora disposta come regola generale nel 2014 (art. 1, cc. 569 e 570, l. n. 190/2014, che dà seguito a quanto concordato nel Patto per la salute 2014-2016 approvato in Conferenza Stato-Regioni il 10 luglio 2014: art. 12, c. 2), ma è nuovamente superata nel 2016 (art. 1, c. 382, lett. d, l. n. 232/2016). Infine, è per un'ennesima volta disposta con effetto immediato sugli incarichi in corso nel 2018 (l. n. 136/2018 di conv. del d.l. n. 119/2018: art. 25-*septies*), ma la disposizione è dichiarata illegittima per il suo contenuto eterogeneo rispetto all'oggetto del provvedimento (norma «intrusa»: sent. n. 247/2019). Residua, ad oggi, la facoltà del Governo di scegliere, nell'esercizio del potere sostitutivo di cui all'art. 120, c. 2, Cost., di nominare Commissario il Presidente della Regione o di altro soggetto idoneo: cfr. sent. n. 255/2019. Per la Calabria, con delibera del 4.11.2021, il Consiglio dei Ministri ha disposto nuovamente la nomina a Commissario del Presidente regionale *pro tempore*.

lunga gestazione dell'avvio del Piano)⁸, dovendosi ricorrere a quell'atipica forma di contabilità – definita *omerica*⁹ – della procedura di “ascolto certificato” da parte dei funzionari statali, con limiti e resistente burocratico-manageriali perdurate negli anni¹⁰. Gli effetti, quanto mai pregiudizievoli, dell'indefinito protrarsi di questa situazione sono sotto gli occhi di tutti gli osservatori specializzati e del cittadino comune: il disavanzo finanziario si è ridotto ben poco in dieci anni¹¹, le aliquote Irpef/Irap sono ai massimi, il livello delle prestazioni erogate è nettamente al di sotto della soglia lea¹², la mobilità passiva resta tra le più alte¹³, si accumulano su più fronti ritardi smisurati (nelle liste d'attesa¹⁴, nei pagamenti ai fornitori¹⁵, nell'edilizia sanitaria¹⁶, nella stessa approvazione dei Programmi

⁸ Richiesto dalla Giunta regionale con D.G.R. n. 695/2007, l'Accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze recante il Piano di rientro è intervenuto solo il 17 dicembre 2009 (recepito con D.G.R. n. 908/2009). Le varie fasi di questa travagliata vicenda sono riassunte in premessa al *Piano di razionalizzazione e riqualificazione del servizio sanitario regionale* all'epoca presentato (PO 2010-2012, pp. 5-6). Sull'istituto dei Piani di rientro, in generale, v. per tutti A. PATANÉ, *I Piani di rientro sanitari. Studi sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa 2021.

⁹ Così, l'Ispettore Generale Capo dell'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale della Ragioneria generale dello Stato, dott. F. Massiccì, nel corso di un'audizione tenutasi il 9 giugno 2010 davanti la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, istituita con deliberazione della Camera dei Deputati del 5 novembre 2008 (AP-Camera, XVI legislatura – Comm. errori in campo sanitario – seduta del 9 giugno 2010, res. sten. n. 22, p. 4).

¹⁰ Nei casi più gravi, come quello dell'ASP di Reggio Calabria, dal 2013 al 2019 è persino mancata l'approvazione dei bilanci.

¹¹ Appena 6 mln rispetto a un disavanzo iniziale di 104 mln. Nell'ultima verifica condotta dal Tavolo tecnico (9 novembre 2022), si certifica peraltro un recupero nel 2021, soprattutto per effetto dello stanziamento triennale disposto dal citato d.l. n. 150/2020 (*supra*, nt. 6) e dell'aumento delle aliquote fiscali regionali, con un avanzo complessivo di 68 mln (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5988_1_file.pdf).

¹² Ovvero, 125 contro i 160 del livello nazionale secondo l'ultimo rilevamento effettuato su dati del 2019 dal Ministero della salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Uff. VI, seguendo i vecchi indicatori della “griglia Lea” (cfr. *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, maggio 2021, p. 28). Con il d.m. 12.03.2019 è entrato in funzione il Nuovo Sistema di Garanzia e si dispone adesso dei primi accertamenti sul biennio 2020-21: la Calabria risulta deficitaria (soglia di sufficienza 60/100) in tutte e tre le macroaree considerate dal sottoinsieme CORE, in modo accentuato proprio nell'area dell'assistenza distrettuale: cfr. il *Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia*, maggio 2023, p. 23. Preoccupante, fra gli altri, il dato dell'allarme target dei mezzi di soccorso: 31 minuti contro i 22 di media (cfr. gli esiti delle riunioni di verifica del Tavolo tecnico del 26 aprile e 18 maggio 2022: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5988_0_file.pdf).

¹³ L'indice di fuga per patologie tumorali è il 50,5%: un residente su due va a curarsi fuori Regione (rilevamento Agenas su dati relativi al periodo 2017-2021; oltre all'oncologia, le altre aree deboli sono ortopedia e cardiocirurgia). Il saldo negativo è di quasi 160 mln nel 2021, superato solo dalla Campania, che però ha una popolazione tripla. Una dettagliata analisi dei problemi strutturali della sanità calabrese, con interessanti proposte, è offerta da R. CURIA, *Manuale per una riforma della sanità in Calabria*, Città del Sole, Reggio Calabria 2018 e Id., *Per una sanità partecipata*, Città del Sole, Reggio Calabria 2021.

¹⁴ Rispetto ai valori pre-pandemia, i dati del 2022 elaborati per Agenas dall'Osservatorio *Salutequità* evidenziano in Calabria un delta doppio rispetto ai valori nazionali, sia per le prime visite (-33%) che per i controlli (-30%). Sulla base delle risorse stanziate a tal fine dalla l. n. 234/2021 (art. 1, cc. 276 e 279), il Presidente-Commissario ha adottato con il D.C.A. n. 13/2022 il “Piano di recupero per le liste d'attesa”.

¹⁵ Gli ultimi dati parlano di ritardi fino a 800 giorni (quinto PO 2022-2025, p. 52), ma in passato si sono superati i 1000 (R. CURIA, *Per una sanità partecipata*, cit., p. 11, che ricorda pure come il contenzioso derivato da tali ritardi ha causato un esborso per le casse regionali di 14,6 mln).

¹⁶ Da almeno 15 anni (dall'Accordo di programma del 13 dicembre 2017) si attende la costruzione, con somme già accantonate, di tre nuovi Ospedali Hub (nella Sibaritide, a Vibo Valentia e nella piana di Gioia Tauro); in più, si contano

operativi¹⁷). Alla peggior performance sanitaria nazionale¹⁸ si associa un'aspettativa di vita di un anno inferiore alla media (79,5 contro i 80,4) e di tre anni rispetto alle Regioni/PA più virtuose. Pur non difettando realtà virtuose e situazioni in cui si raggiungono punte di eccellenza nel servizio erogato, anche grazie al generoso impegno profuso dal personale sanitario, il quadro resta nel complesso scoraggiante e bisognoso di una profonda riforma sul piano culturale, politico, organizzativo e manageriale.

3. Prognosi e terapia: la scommessa del PNRR

Se lo stato patologico in cui versa la sanità calabrese da tre lustri, anziché risolversi, finisce per cronicizzarsi, la prognosi non potrebbe che essere infausta. Ancora una volta, è la Consulta a trarne le conseguenze in termini di violazione di principi costituzionali “di sistema”: l'inaccettabile sospensione dei meccanismi che consentono, in regime ordinario, il controllo democratico degli elettori sugli eletti (spogliati questi ultimi della responsabilità della gestione della voce più consistente del bilancio regionale, ma anche della leva fiscale a causa l'incremento *ope legis* delle aliquote regionali); la mancata erogazione dei lea ed il conseguente accrescimento delle diseguglianze fra cittadini; la sistematica elusione dell'equilibrio di bilancio¹⁹.

La speranza, e la scommessa del PNRR, è che il pacchetto di riforme collegato alla Missione 6 – di cui il d.m. n. 77/2022 e la sua attuazione costituiscono una parte fondamentale²⁰ – rappresenti una terapia efficace contro il rischio, più concreto di quanto sembri, di una degenerazione anti-autonomista, semi-democratica, dis-egualitaria e finanziariamente inefficiente del SSR.

4. Le criticità del sistema sanitario regionale e il quadro degli interventi previsti

Per quanto concerne l'assistenza territoriale, è indubbio che la riforma in esame tenti di rispondere alle maggiori criticità del servizio regionale calabro emerse nell'ultima decade,

decine di strutture realizzate con i fondi *ex art.* 20 l. n. 67/1988 in deperimento da anni perché mai messe in funzione. Per un quadro della situazione, si rinvia alle dettagliate indicazioni di F. COSTANTINO, *Stato dell'arte in relazione all'andamento della spesa per edilizia sanitaria e tecnologie nella Regione Calabria*, in R. CURIA, *op. ult. cit.*, pp. 67 ss. Nel quinto PO (2022-2025, pp. 73-76) si prevede il completamento del nuovo ospedale della Sibaritide nell'ottobre 2024 e l'avanzamento della spesa per quelli di Vibo Valentia (95%) e di Gioia Tauro (70%) a dicembre 2025.

¹⁷ In particolare, il secondo PO 2013-2015 (adottato a fine 2015) e il quarto PO 2019-21 (approvato nel marzo 2020).

¹⁸ Il 24% secondo il Rapporto 2022 su *Le performance regionali* di *Crea sanità* (www.creasanita.it).

¹⁹ Sent. n. 168/2021, punto 10.3.1 *cons. dir.*

²⁰ La Componente 1 è infatti rubricata “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”.

in parte accentuate dalla “cura drastica” imposta per rientrare dal disavanzo, i cui nodi principali sono rappresentati da:

- a) uno squilibrio allocativo dei servizi di assistenza territoriale e ospedaliera, frutto della progressiva desertificazione dei presidi nelle zone periferiche, non seguita dalla loro riconversione in distretti di prossimità (con enormi disagi per gli abitanti delle aree interne);
- b) un eccesso di ospedalizzazione, con inutile e dannoso sovraccarico di prestazioni inappropriate dei principali Hub, già indeboliti dalla carenza di personale conseguente al blocco del *turnover* del primo quadriennio di commissariamento²¹, dalla parziale inadeguatezza degli edifici in attesa di ristrutturazione e dalla necessità di ammodernare una strumentazione obsoleta;
- c) un’elevata frammentarietà degli interventi sociosanitari integrati, con punte di grave insufficienza nei settori dell’assistenza domiciliare (appena l’1,86% degli over-65 residenti ne usufruisce)²² e della cura della maternità e dell’infanzia (in termini di dotazione organica dei consultori familiari)²³, che finisce inevitabilmente per orientare la domanda di prestazioni verso aziende e studi privati²⁴.

Come altre Regioni, anche la Calabria ha previsto un incremento dell’offerta di strutture rispetto al fabbisogno inizialmente definito²⁵; in particolare, il *target* viene elevato a 61 Case della Comunità (+4), 21 Centrali Operative Territoriali (+2) e 20 Ospedali di Comunità (+5). I siti dei vari interventi sono stati localizzati e i Codici Unici di Progetto (CUP) assegnati, mentre la stipula delle convenzioni dirette alla loro realizzazione avverrà entro il terzo trimestre dell’anno in corso²⁶.

Tuttavia, è bene ricordare che la revisione dell’assistenza territoriale è da lungo tempo obiettivo programmatico auspicato, tentato, fallito e puntualmente riproposto nei cinque Programmi Operativi collegati al Piano di Rientro che si sono finora succeduti. Al netto degli interventi legislativi, si registra infatti una bulimia di decreti commissariali di riordino

²¹ Questo ha portato ad una riduzione del comparto personale di oltre 3.700 unità.

²² Il d.m. n. 77/2022 prevede, forse troppo ottimisticamente, il raggiungimento della soglia nazionale del 10% della popolazione over 65 (all. A, punto 10).

²³ Cfr. i dati riportati in R. CURIA, *Manuale*, cit., pp. 38 ss.

²⁴ Altri fattori critici sono: l’eccesso di spesa farmaceutica (cresciuta, antecedentemente all’avvio del Piano, di quasi il doppio rispetto alla media nazionale), l’inefficiente distribuzione risorse umane, i costi produzione elevati e molto disomogenei tra le varie aziende, l’inefficienza del servizio informativo, la ridotta interazione istituzionale, le pressioni corporative, la scarsa cultura aziendale. Cfr. il *Piano di razionalizzazione e riqualificazione* cit. in nt. 8, p. 13.

²⁵ Le risorse sono recuperate da somme non spese del Fondo Sviluppo e Coesione, per un totale di 28,150 mln (D.G.R. n. 174/2022, all. B), che si aggiungono ai 128,7 mln del PNRR/PNC assegnati in base alla ripartizione operata dal d.m. 20.01.2022. La ripartizione delle risorse assegnate alle varie aziende regionali è stata effettuata con D.C.A. n. 82/2022, all. C.

²⁶ Cfr. il *Piano Operativo Regionale* allegato al Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS) sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente-Commissario calabrese il 30 maggio 2022 e approvato con d.m. 21.06.2022.

della rete²⁷, passando per la progettazione di diverse soluzioni che poi confluiranno nel “modello” nazionale da realizzare: le Case della Salute con *équipe* multiprofessionali quali Punti Unici di Accesso (PUA), le Unità di Cure Primarie (poi unità complesse: UCCP), il numero unico di emergenza 116117, le Centrali di Continuità ospedale-territorio per le cure primarie, il trattamento dei cronici, l’assistenza residenziale e semiresidenziale di anziani, disabili, malati psichiatrici e persone affette da dipendenze²⁸. Tutti interventi, si diceva, programmati, talvolta sperimentati in ambiti locali ristretti, ma quasi mai messi a sistema e realizzati: così, già il terzo PO (2016-2018)²⁹, registrando che il difetto principale non risiede nell’assenza di programmazione ma nella mancata attuazione, individua la sfida decisiva nel necessario *cambiamento culturale* che deve precedere e accompagnare ogni riforma sul territorio, mentre il quarto e il quinto PO (2019-21 e 2022-25)³⁰, scontrandosi con il palese fallimento dei precedenti tentativi, insistono sulla necessità di ristrutturare la *governance* del Piano, migliorare il sistema di flussi informativi e investire nell’assunzione e formazione di nuovo personale³¹.

5. I fattori del cambiamento

Coniugando il pessimismo della ragione con l’ottimismo della volontà e, soprattutto, cercando di imparare dal recente passato, è necessario chiedersi cosa potrebbe compromettere l’efficace attuazione della riforma.

²⁷ Oltre alle ll.reg. n. 9/2007 e nn. 5 e 9/2022, si vedano almeno i D.C.A. nn. 76/2015, 113/2016, 166/2017, 35/2019, 65/2020 e 71/2022.

²⁸ Particolare slancio riformatore caratterizza i primi due programmi. Nel primo PO (2010-2012, D.G.R. n. 908/2009, pp. 15 e 18) si prefigurava la riconversione di decine di presidi ospedalieri (“Ospedali distrettuali” con il D.P.G.R. n. 18/2010, poi rinominati in CAPT – centri di assistenza primaria territoriale – con D.P.G.R. n. 34/2011) in Case della Salute con 538 posti letto, destinate alla prima assistenza e presa in carico – in chiave di integrazione sociosanitaria – dei pazienti cronici e all’assistenza domiciliare integrata, anche secondo un approccio di medicina di iniziativa. Formate da *équipe* multi-professionali e dotate di un infermiere di comunità, dovevano servire anche come PUA ai servizi sanitari. La riforma prende corpo con l’adozione delle linee guida per le cure domiciliari e l’accesso ai servizi territoriali (D.P.G.R. n. 12/2011), l’individuazione dei siti (D.P.G.R. n. 135/2011) e la disciplina del relativo modello organizzativo (D.P.G.R. n. 185/2012). Si era poi avviata su Cosenza e nel lametino la sperimentazione delle Unità di cure primarie (UCP), aggregazioni integrate tra medici di medicina generale per il *follow up* dei malati cronici e per “intercettare” le richieste di intervento non urgenti (codici bianchi). Il secondo PO (2013-2015, D.C.A. n. 14/2015, pp. 173 ss.) prevedeva l’istituzione in ogni ASP di Centrali di continuità ospedale-territorio per cure primarie (con accessi 24h/7) e l’attivazione del numero unico 116117; disponeva inoltre un piano per le cure domiciliari e la riqualificazione assistenza territoriale e semi-territoriale per anziani, disabili, psichiatrici, affetti da dipendenze.

²⁹ D.C.A. n. 119/2016.

³⁰ D.C.A. n. 65/2020 e n. 182/2022.

³¹ Quanto alla *governance* politico-amministrativa, il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociosanitari è riorganizzato in 10 settori e rafforzato come struttura centrale di coordinamento con vari Tavoli operativi. Alla *governance* aziendale-sanitaria si lega l’istituzione della c.d. “Azienda Zero”: cfr. l.reg. n. 32/2021, attuata dai D.C.A. n. 60/2022 e n. 42/2023.

Mi pare che siano almeno cinque i fattori da cui non si possa prescindere nel “calare” il modello delineato a livello ministeriale sulla realtà regionale descritta.

1) Le caratteristiche oro-demografiche del territorio calabrese e la condizione sanitaria della sua popolazione. Quanto al primo aspetto, è bene ricordare che il 90% del territorio regionale è montano o collinare e solo il 10% pianeggiante; quasi la metà degli 1,8 mln abitanti (22,6% over 65) vive in aree interne (324 dei 405 comuni, pari a 12 dei 15 kmq totali), con collegamenti carenti o inadeguati anche per scarsa manutenzione. Ciò implica non solo una capillare distribuzione delle strutture da realizzare o riconvertire³², ma anche un parallelo investimento nelle infrastrutture materiali (viarie, ferroviarie) non meno che digitali (inclusa la formazione di operatori e assistiti, essenziale per la messa in opera della telemedicina)³³. Quanto al secondo aspetto, è da stigmatizzare la mancata istituzione di un Osservatorio epidemiologico regionale, da tempo invocato dai settori più attivi della società civile calabrese, quale strumento indispensabile per una effettiva conoscenza dei bisogni di salute della popolazione³⁴. Il quinto PO (2022-2025) – è già un inizio – contempla la realizzazione entro metà 2024 di una raccolta epidemiologica regionale, ma nel solo ambito della medicina di genere³⁵.

2) L'adeguata copertura del fabbisogno sanitario in termini di personale e attrezzature. Il ricordato blocco del *turnover* ha pesantemente influito, già in epoca pre-covid, sull'assistenza erogata³⁶; a questo, si aggiunge l'inarrestabile emigrazione fuori regione di medici giovani e talentuosi, che si cerca di tamponare con iniziative sperimentali evidentemente non risolutive, come la conclusione di accordi con associazioni estere per il reclutamento a tempo determinato di personale straniero³⁷.

³² In base a quanto indicato nel citato Piano operativo allegato al CIS (p. 141), la distribuzione delle strutture destinate a Case della comunità, Centrali operative territoriali, Ospedali di comunità, Ospedali Hub e Spoke sembra assicurare una copertura abbastanza diffusa, con distanze per ogni area non superiori a 60 minuti dai principali centri abitati. La maggior parte dei siti individuati riguarda strutture già esistenti da ristrutturare o ammodernare; sono invece minoritarie quelle da costruire *ex novo*.

³³ L'indice DESI in Calabria è di quasi 4 punti sotto la media nazionale (42,8 contro i 46,6; cfr. ancora la citata *Relazione della Corte dei Conti del marzo 2023*, t. I, p. 326). In ordine alla diffusione del fascicolo sanitario elettronico e della cartella clinica elettronica, il quinto PO (2022-2025, p. 59) attesta l'esistenza di una «situazione a macchia di leopardo». Per quanto concerne la digitalizzazione dell'assistenza domiciliare, si segnala che con il D.C.A. n. 65/2022 sono state recepite le *Linee guida* ministeriali di cui al d.m. 29.04.2022.

³⁴ Cfr. ancora R. CURIA, *Manuale*, cit., p. 21 s. e ID., *Per una sanità partecipata*, cit., p. 110.

³⁵ Quinto PO (2022-2025), p. 191.

³⁶ Le assunzioni sono riprese con il D.C.A. n. 2/2015. La mancanza di personale, unita al cattivo impiego di quello esistente, ha portato in alcune aree ad un sottoutilizzo dei posti letto programmati (fermo al 60-70%). Sarebbe tuttavia un grave errore confinare il tema al solo comparto ospedaliero, il cui carico andrebbe semmai “alleggerito” in favore dell'assistenza territoriale; inoltre, una corretta programmazione richiede che sia la localizzazione dei servizi a determinare la quantità di personale da assegnare «e non, all'inverso, che i servizi vengano disegnati ritagliandoli sugli abiti e sulla localizzazione preferibile dei professionisti e delle loro abilità di nicchia»: così, R. BALDUZZI, *Editoriale. Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in questa *Rivista*, 2/2020, p. 343.

³⁷ A gennaio 2023 hanno preso, dopo un breve corso di formazione linguistica, servizio 51 medici cubani assegnati agli ospedali di Polistena, Gioia Tauro, Locri e Melito Porto Salvo. Se ne prevede l'arrivo e impiego di altri 200 nel corso

3) L'adozione di una cultura realmente "globale" di cura della persona nell'implementazione dei servizi sanitari. Ciò presuppone che si tenga conto sia del contesto climatico-ambientale (secondo l'approccio *one-health* e *planetary health* condiviso dal PNRR) che dei c.d. "determinanti sociali" del fattore salute, considerato che disagi e marginalizzazione di natura sociale, economica, culturale incidono non poco sullo stato di salute di larga parte della popolazione. Oltre la necessità di rendere sempre più completa ed effettiva l'auspicata integrazione delle prestazioni socio-sanitarie, riveste un'importanza fondamentale la formazione continua del personale e parimenti l'"educazione sanitaria" della collettività (la cultura della prevenzione, ad esempio, è ancora troppo poco diffusa tra la popolazione regionale).

4) Il ricambio generazionale nella pubblica amministrazione, insieme alla maturazione di una diversa mentalità nel servizio al cittadino³⁸. Sono passaggi indispensabili per garantire una gestione competente ed efficiente dei progetti da realizzare, dal momento che le autonomie territoriali gestiranno in qualità di soggetti attuatori il 60% delle risorse complessive del PNRR, di cui quasi la metà si concentrano nel prossimo biennio (fase attuativa degli interventi)³⁹.

5) La costante vigilanza in tutte le fasi di attuazione del piano, unita ad una coraggiosa azione di contrasto sostenuta dall'opinione pubblica al mortale connubio fra sanità, politica e criminalità organizzata. Si ricorda che, dal 2006 al 2019, si sono succeduti ben cinque decreti di scioglimento di ASP calabresi per infiltrazioni mafiose⁴⁰. In tal senso, il riferimento al «possibile condizionamento ambientale» operato dalle sentt. 168/2021 e 228/2022 potrebbe voler implicare qualcosa di più grave e distorto della semplice inefficienza burocratico-finanziaria dell'amministrazione regionali⁴¹.

A queste condizioni, la riforma dell'assistenza territoriale e l'attuazione delle altre grandi riforme legate al PNRR, invece di intonare il *de profundis* dell'autonomia della Calabria,

dell'anno. Nel quinto PO (2022-2025, p. 43) si prevedono nuove assunzioni per 1800 unità fino al 2025.

³⁸ «La gestione delle risorse umane appare, pertanto, come una delle maggiori criticità del sistema sanitario calabrese, se non la maggiore, in quanto oggi avalla comportamenti contrastanti con lo sforzo necessario per raggiungere gli obiettivi del Piano di Rientro»: così il terzo PO (2016-2018, p. 8).

³⁹ Come osserva A. ZANARDI, *Il ruolo degli enti territoriali nell'attuazione del PNRR*, in *Rivista AIC*, 3/2022, p. 240 s., «Se quindi si ritiene che i livelli di spesa in conto capitale abbiano già oggi determinato un carico amministrativo crescente e gravoso sulle Amministrazioni locali, ipotizzare un ulteriore incremento dell'ordine di oltre 10 miliardi annui entro un triennio pone certamente qualche interrogativo circa la capacità delle strutture locali a far fronte alla realizzazione degli interventi del PNRR». Peraltro, non sembra agevole ricavare dalla legislazione vigente un modello standard di "soggetto attuatore": cfr. M. CECCHETTI, *L'incidenza del PNRR sui livelli territoriali di governo e le conseguenze nei sistemi amministrativi*, *ivi*, pp. 295 ss.

⁴⁰ D.P.R. 28.04.2006 (ASP di Locri), D.P.R. 19.03.2008 (ASP 5 di Reggio Calabria), D.P.R. 23.12.2010 (ASP di Palmi), D.P.R. 11.03.2019 (ASP di Reggio Calabria) e D.P.R. 13.09.2019 (ASP di Catanzaro). Per un'analitica ricostruzione di tali vicende, si rinvia a G. MAROTTA, *Le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle aziende sanitarie e ospedaliere*, in questa *Rivista*, 2/2019, pp. 295 ss.

⁴¹ Ne è convinto A. GENTILINI, *La sanità calabrese tra Corte costituzionale, legislatore statale e il convitato di pietra*, in *Giur. cost.*, 6/2022, pp. 2615 ss.

può divenire l'occasione propizia non solo per raggiungere finalmente adeguati livelli di assistenza a beneficio della popolazione regionale, ma anche per ripristinare il binomio democraticità/responsabilità alla base della *libertà* dei singoli come dell'*autonomia* delle comunità.