



TAVOLO PERMANENTE PER IL PARTENARIATO ECONOMICO, SOCIALE E
TERRITORIALE

**QUESITI RELATIVI ALLE MISURE DEL PNRR DI TITOLARITÀ DEL
MINISTERO DELLA SALUTE**

Come anticipato nella riunione del Tavolo permanente per il partenariato economico, sociale e territoriale del 6 maggio 2022, all'esito della presentazione illustrata dal Ministro Speranza, si invitano i componenti del tavolo a esprimere in forma scritta le proprie osservazioni e proposte rispetto alle seguenti tematiche.

1. Il recupero di una dimensione sociale delle politiche pubbliche allo scopo di intercettare e supportare situazioni di fragilità sociale è assunto dal PNRR quale obiettivo generale, declinato in riforme aventi ad oggetto la disabilità (attuata con legge quadro 22 dicembre 2021, n. 227), l'assistenza agli anziani non autosufficienti (da attuarsi entro la fine della corrente legislatura) e numerosi interventi, prevalentemente di titolarità del Ministero della salute e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, tra cui assumono un ruolo centrale quelli collocati nella Componente 1 della Missione 6 (Salute).

L'integrazione della cura sanitaria (*curing*) e della cura sociale (*caring*) richiede una forte sinergia tra i livelli di governo centrale e locale soprattutto con riferimento ai Comuni e agli Ambiti territoriali sociali.

Quale ruolo possono assumere gli enti territoriali, le parti sociali e le altre organizzazioni della società civile per sostenere tale processo sinergico e contribuire all'effettivo raggiungimento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria?

1) Per parlare di integrazione e rispondere alla domanda è utile un richiamo alla parte del disegno legge Turco che indica la necessità di un più stretto coordinamento, strutturato, tra Ministero Politiche Sociali e Salute. Richiamo che può rappresentare la stessa necessità a livello territoriale: è diffusa l'esigenza di aumentare il grado di integrazione tra sanità e sociale. Premessa che per la "messa a terra" delle Missioni 5 e 6 del PNRR sul territorio, vuole indicare come sia dirimente il grado di coordinamento che sapranno esprimere i due Ministeri a livello nazionale e Regioni ed Enti Locali a livello territoriale.

Prima di arrivare al ruolo degli attori territoriali va considerato, o riconsiderato, il ruolo che dovrebbe essere riconosciuto alle Regioni in termini di coordinamento, di maggior responsabilità di indirizzo a garanzia di interventi omogenei volti al superamento anche delle differenze distrettuali nelle stesse realtà regionali. Regioni che devono regolamentare i piani di collaborazione con Province, Comuni e Unioni perché già oggi registriamo esigenze di miglioramento sul grado di collaborazione. Per dare gambe al



TAVOLO PERMANENTE PER IL PARTENARIATO ECONOMICO, SOCIALE E TERRITORIALE

concetto di **domicilio** come luogo fondamentale di cura da realizzare con la declinazione di servizi e prestazioni sempre più capillari (Case di Comunità, Ospedali di comunità e strutture intermedie), riducendo anche le troppe differenze territoriali esistenti nel paese, il sociale deve fare parte a pieno titolo della programmazione ed è necessario un punto di coordinamento tra territorio e regioni. A tal proposito sembra ragionevole riconoscere il Distretto come luogo che deve assumere valenza strategica/gestionale e di sintesi in termini di politiche territoriali e non solo autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria all'interno del rigido, e non più adeguato, perimetro del bilancio dell'unità sanitaria locale. Va normato un diverso ruolo del Distretto a partire dalla composizione dei soggetti istituzionali, dalle responsabilità degli Enti Locali e delle Regioni, rafforzandone l'efficacia programmatica come punto strategico dell'integrazione sociosanitaria aggiornando, attualizzando alle odierne esigenze quanto previsto nel D.LGS. 229/99. Si ricorda che "l'integrazione sociosanitaria" era già ampiamente trattata all'Art. 3-septies e trovarci ancor oggi a discuterne rende palese il bisogno di intervenire. Lo stesso Consiglio di Stato, nell'Adunanza di Sezione del 10 Maggio 2022 esprime, "La Sezione raccomanda allora che il Ministero e la Presidenza del Consiglio si facciano promotori di un complessivo riordino delle fonti disciplinatrici della materia, mercé gli opportuni interventi di semplificazione, coordinamento e abrogazione".

Serve un nuovo assetto istituzionale che avvicini i Comuni ad occuparsi di sanità in modo non disgiunto dal sociale e il Distretto dovrebbe divenire realmente quella dimensione riconosciuta come luogo di sintesi tra il sistema sanitario, delle autonomie locali nel complesso delle politiche sociali e ambientali dando concrete gambe all'attuazione dell'integrazione delle misure previste dalle Missioni 5 e 6 di concerto con le Regioni. E' nel Distretto che va prevista strutturalmente la partecipazione delle Organizzazioni Sindacali quali soggetti che, dopo la legge n. 56 del 7 aprile 2014, possono rappresentare un utile riferimento per la lettura del contesto sociale nell'intreccio relazionale tra EE.LL, Aziende sanitarie e Regioni. Organizzazioni Sindacali che potrebbero portare un contributo all'effettivo raggiungimento degli obiettivi di integrazione sociosanitaria svolgendo un ruolo di avvicinamento dei cittadini alla governance del sistema.

Vanno previste sedi di informazione, di confronto e negoziazione a tutti i livelli. Prezioso potrà essere il coinvolgimento della società civile che deve essere esercitato dal pubblico, dalle istituzioni al fine di costruire progetti di comunità. Per fare vera integrazione oltre all'adeguata architettura istituzionale serve la cultura; sarebbe utile avviare percorsi di formazione di equipe per i professionisti della sanità e del sociale in modo congiunto, preceduti da momenti comuni con rappresentanti delle



TAVOLO PERMANENTE PER IL PARTENARIATO ECONOMICO, SOCIALE E TERRITORIALE

Istituzioni e delle Aziende sanitarie. Esistono esperienze positive nel paese che hanno avuto risultati anche significativi ma solo dopo che il sociale, la sanità, i centri per l'impiego hanno iniziato a fare formazione insieme.

2. A seguito della delibera del Consiglio dei ministri 21 aprile 2022, sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni è in corso di completamento l'iter del decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» (il cosiddetto “DM 71”), che individua gli *standard* dell'assistenza territoriale valevoli per l'intero territorio nazionale, strettamente correlati agli investimenti della Componente 1 della Missione 6. Detti *standard* concretizzano il concetto di “prossimità” riferito all'assistenza sanitaria che, nelle parole del Ministro della salute, ha il ruolo chiave nel disegno degli interventi demandati al Ministero.

Quali sono i principali ostacoli, se ve ne sono, al rispetto del concetto di prossimità nella definizione del nuovo servizio territoriale prevista dal cosiddetto DM 71?

Si ritiene che i nuovi standard determinino la necessità di un aggiornamento dei criteri che sono alla base della determinazione dei livelli essenziali di assistenza?

I componenti del Tavolo ravvisano motivi di preoccupazione legati alla distribuzione del personale sanitario necessario alla popolazione di case ed ospedali di comunità? In tal caso quali sono le ragioni principali di preoccupazione?

Si ritiene che la formazione non universitaria dei medici di medicina generale, realizzata su base regionale, sia adeguata alle sfide delle riforme introdotte dalla Missione 6? Sarebbe ipotizzabile una formazione unitaria a livello universitario anche per i medici di medicina generale?

2. Per realizzare un modello che risponda concretamente al concetto di prossimità, che superi le troppe disuguaglianze territoriali nel diritto alla salute, gli ostacoli che vi possono essere sono in primo luogo legati alle risorse da reperire per il personale che a parte gli infermieri di comunità non sono previste. Il livello di finanziamento, sia per il Fondo Sanitario Nazionale che per i diversi fondi sociali, è inadeguato.

Se al concetto di prossimità si vuol far corrispondere una risposta di uguaglianza al bisogno di salute la riforma deve basare il modello gestionale su solide basi pubbliche. Diversamente se al modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale non corrisponderanno gli adeguati finanziamenti si potrebbe prefigurare una inaccettabile privatizzazione dell'assistenza. Anche la definizione di distretto come “committente” rischia di preludere ad una esternalizzazione di attività assistenziali che devono invece essere “prodotte” ordinariamente dai professionisti e dai servizi pubblici che fanno parte



TAVOLO PERMANENTE PER IL PARTENARIATO ECONOMICO, SOCIALE E TERRITORIALE

del distretto. Non è presente nel documento alcun riferimento alla riorganizzazione della medicina generale, come sono completamente assenti la salute mentale e le dipendenze come se tali bisogni non debbano trovare risposte di prossimità. Per i requisiti standard dell'assistenza territoriale e l'uniformità dei LEA viene lasciata troppa autonomia alle Regioni con il rischio di produrre ulteriore frammentazione del SSN. Come rappresenta un grave problema l'assenza di definizione di standard di personale per l'Assistenza Domiciliare.

Nella cornice di condivisibili affermazioni e indicazioni a sostegno dell'integrazione tra sociale e sanità, di investimenti strutturali, per quanto riguarda il personale oltre a non trovare adeguate misure riferite ai professionisti del sociale, l'attuale condizione di scarsa reperibilità sul mercato del lavoro di professionisti della sanità desta non poca preoccupazione alla reale realizzazione di quanto previsto.

Sulla formazione dei MMG riteniamo opportuno diventi una specialità universitaria come le altre; sul piano operativo riteniamo obbligatoria la presenza dei MMG nelle Case di comunità; non può essere accettabile un modello differenziato di Casa della Comunità a seconda delle soluzioni adottate nelle singole regioni in forza agli accordi con i MMG. Per questo la soluzione organizzativa contenuta nel documento è un passo avanti ma ancora non sufficiente, perché non va nella direzione di inserire i MMG nell'organico delle Case di Comunità. Va prevista la presenza permanente di una équipe di MMG nelle strutture hub favorendo il graduale passaggio ad un rapporto di lavoro di dipendenza.

3. Nell'ambito del subinvestimento 1.2.3 della Componente 1 della Missione 6, 1 miliardo di euro è destinato a potenziare l'erogazione dei servizi di telemedicina, che consentano interazioni medico-paziente e tra professionisti e operatori sanitari a distanza attraverso la creazione di una piattaforma nazionale di telemedicina e lo sviluppo di servizi di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio). Ciò implica la produzione ed il trattamento di considerevoli moli di dati sensibili e, verosimilmente, l'esigenza di tutela dalla vulnerabilità degli stessi da minacce cibernetiche.

Si ritiene che possano determinarsi criticità con riferimento alla formazione del personale sanitario (ad esempio con riferimento alle conoscenze informatiche richieste per l'utilizzo di strumenti di telemedicina) necessario alla popolazione di case ed ospedali di comunità?

3. E' del tutto evidente che sia necessaria una formazione specifica ed integrata. Di fatto, essendo necessaria una rete integrata **ospedale-territorio-domicilio**, in cui devono interagire le varie figure professionali che sono già in campo, a partire dai medici di base, pediatri, infermieri, ed anche farmacisti, sono molte le figure professionali che necessitano di formazione specifica per poter utilizzare correttamente



TAVOLO PERMANENTE PER IL PARTENARIATO ECONOMICO, SOCIALE E TERRITORIALE

gli strumenti richiesti. Un focus ad hoc andrebbe dedicato anche al personale amministrativo, che dovrà gestire i dati prodotti dalle attività di telemedicina. In generale tutti i professionisti coinvolti dovranno essere in grado di adempiere :

-agli obblighi prescritti dal D. Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196, e quindi alla disciplina generale;

-al costante aggiornamento della documentazione privacy e rispetto GDPR;

-alla verifica che la strumentazione utilizzata sia a norma e che i dati con essa trasmessi siano integri, coerenti e protetti dagli accessi non autorizzati o da minacce di intrusione.

Sarebbe opportuno, a partire dai servizi che seguono l'assistenza alle persone con "cronicità", che si individuasse anche la figura dell'operatore sanitario che funga, domiciliarmente, da agevolatore dei pazienti per l'utilizzo degli strumenti di rilevazione dei dati del paziente.

Ritiene che gli interventi connessi alla diffusione della telemedicina richiedano approcci peculiari, ovvero investimenti ad hoc, a tutela della sicurezza rispetto a quanto pianificato in tema di Cybersecurity nell'ambito della MIC1 (digitalizzazione della PA)?

Per quanto attiene la struttura informatica è evidente che un approccio di telemedicina e teleassistenza orientato al paziente necessita di una piattaforma sicura, standard condivisi di classificazione dei dati che ne garantisca la interoperabilità ed una Recovery dei dati (edGe o cloud computing) che li renda sicuri e sempre interrogabili. **La piattaforma** di erogazione di telemedicina e teleassistenza **deve essere nazionale, pubblica, proprietaria** ed in grado di supportare lo scambio audio video e la trasmissione di documenti in modalità criptata.

Il tema della trasmissione dei dati sanitari comporta una costruzione attenta del sistema di sicurezza a tutela di attacchi informatici (cybersecurity) con un approccio dinamico che preveda funzionalità di sicurezza della rete solide e gestione controllata dei diritti di accesso, e la strutturazione della rete secondo il principio della privacy by design.