



Osservazioni CGIL alla proposta di Decreto Ministeriale “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale” (PNRR M6C1 Riforma 1)

Il Ministero della Salute, di concerto con il MEF, ha inviato alle Regioni la bozza di Decreto Ministeriale previsto dal PNRR M6 C1 come Riforma per lo sviluppo dell’assistenza territoriale. Il DM è un “Regolamento” composto di 4 articoli e di un Allegato documento “Modelli e Standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”.

Gli articoli del Decreto Ministeriale

I quattro articoli del DM stabiliscono che

- entro sei mesi, le regioni debbano adottare i provvedimenti di programmazione e di riorganizzazione dell’assistenza territoriale in base agli standard dell’Allegato documento “Modelli e standard per lo sviluppo dell’AT”,
- sia attivato un monitoraggio semestrale per verificarne l’attuazione (anche in riferimento al nuovo sistema di garanzia dei LEA),
- l’attuazione sia **considerata adempimento ai fini dell’accesso integrale al finanziamento per le singole regioni**.
- la riforma sia attuata con risorse del Fondo Sanitario Nazionale e PNRR.

Si tratta di previsioni potenzialmente positive, perché spingono le regioni ad adottare in modo uniforme il nuovo modello per assicurare i Livelli Essenziali dell’assistenza territoriale, indispensabile sia per superare l’attuale frammentazione che per organizzare percorsi di convergenza nelle regioni in difficoltà. **Tuttavia la spinta per l’uniformità dei LEA è indebolita in più parti del documento**, che lasciano margini di interpretazione alle singole regioni ben oltre i confini della legittima e necessaria autonomia organizzativa.

Inoltre ribadiamo che il **livello del finanziamento, sia per il Fondo Sanitario Nazionale che per i diversi fondi Sociali, è inadeguato** per assicurare la riorganizzazione e lo sviluppo dell’assistenza socio sanitaria integrata territoriale.

In particolare resta da **rimuovere il tetto di spesa per il personale** imposto dalla vigente normativa, per consentire un’adeguata definizione dei fabbisogni formativi e dei relativi piani di assunzione¹. Infatti occorre precisare che **la deroga al tetto di spesa per il personale**, risultante dai nuovi standard dell’assistenza territoriale, stabilita con la legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), richiamata nella premessa del documento, **non è finanziata con un incremento del FSN**. Si tratta di un’autorizzazione di spesa vincolata, utile ma che deve essere accompagnata da un corrispondente incremento del FSN. Senza l’assunzione stabile dei professionisti sanitari e sociali le stesse misure per il potenziamento della rete dei servizi territoriali sono inefficaci, oppure si prelude ad una inaccettabile privatizzazione dell’assistenza.

L’Allegato del DM: “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale”

Il documento non presenta sostanziali novità rispetto alle bozze circolate nelle ultime settimane, salvo indicazioni più precise sull’integrazione socio sanitaria. Mentre scompare qualsiasi riferimento

¹ Sui fabbisogni di personale si è avviato un confronto tra CGIL, CISL, UIL e Ministero della Salute (primo incontro il 2 marzo 2022).

ad alcuni provvedimenti che erano stati annunciati per la riorganizzazione della medicina generale, la salute mentale e le dipendenze, questioni che nel documento non vengono trattate. Come avevamo già dichiarato nelle [Osservazioni CGIL a novembre 2021](#)² accanto a elementi positivi per il potenziamento strutturale dell'assistenza territoriale, permangono forti criticità e lacune.

Il modello: bisogni, presa in carico, assistenza di iniziativa, progetto di salute e cura

- Sono condivisibili i contenuti del primo capitolo del documento "Sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN" e del secondo capitolo "Stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico" (qui in specie la parti riferite alla cd "medicina di popolazione", alla "sanità di iniziativa" e all'articolazione del rapporto fra bisogno e Progetto di salute). Tuttavia l'adozione di un tale modello non è definito come vincolante. Così resta un modello teorico.
- Nelle parti seguenti è indispensabile per la "presa in carico" precisare quale sia il percorso per il cittadino (cosa deve fare, a chi deve rivolgersi, ecc.) e chi ne sia direttamente responsabile (struttura e personale).

Requisiti e standard dell'assistenza territoriale per l'uniformità dei LEA stabilita dalla Costituzione

- Come abbiamo già segnalato, appare in più parti del documento che le regioni "dovrebbero" oppure "possono" attuare le indicazioni e gli standard previsti, e ciò lascia margini di scelta che rischiano di riprodurre la frammentazione del nostro SSN e il disuguale accesso ai LEA, ben oltre i legittimi margini di autonomia organizzativa delle singole regioni³.
- In questo senso, oltre a quanto già segnalato per il 1° capitolo, non è accettabile che per l'Assistenza Domiciliare gli standard di personale non siano definiti, rinviando a decisioni delle singole regioni, compresa la possibilità di affidare l'ADI in toto a soggetti privati. Analogamente le indicazioni sulle modalità di presenza nelle Case della Comunità dei Medici di Medicina Generale lasciano margini discrezionali che prefigurano forti divaricazioni tra i diversi modelli regionali.

Il Distretto: struttura pubblica forte

- È positiva la previsione che il baricentro della riforma per l'assistenza territoriale sia il Distretto sociosanitario quale articolazione dell'Azienda sanitaria locale, il cui riferimento normativo resta il d.lgs 502/02 come modificato dal d.lgs 229/99 (decreto Bindi).
- **Si tratta di una struttura pubblica** che programma, produce e valuta le attività, avvalendosi *anche* di professionisti e strutture accreditate (come peraltro già accade). Nel documento, però, la definizione di distretto come "committente" (che eroga servizi in forma diretta o indiretta) rischia di preludere ad una esternalizzazione di attività assistenziali che devono invece essere "prodotte" *ordinariamente* dai professionisti e dai servizi pubblici che fanno parte del distretto.
- Lo standard che definisce il rapporto di 1 distretto ogni 100mila abitanti non deve essere superato nella programmazione regionale per evitare strutture troppo grandi, anzi è opportuno prevedere possa avere una dimensione minore in alcune aree.
- Gli altri standard delle strutture e dei servizi offerti dal distretto sono in via generale condivisibili, **salvo alcuni riferiti al personale** (sui quali è stato avviato il confronto tra CGIL, CISL UIL e Ministero della Salute: primo incontro il 2 marzo), per una valutazione di congruità fra gli standard indicati per il distretto e quelli assegnati alle diverse strutture (Case della Comunità

² [LINK OSSERVAZIONI CGIL](#)

³ È bene rammentare le ripetute sentenze della Corte Costituzionale³ che riguardo ai LEA dispongono che "l'attribuzione allo Stato della competenza esclusiva e trasversale (prevista dalla disposizione costituzionale sui LEA) si riferisce alla determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto". - SENTENZE CORTE COSTITUZIONALE: N. 168 E N. [50 DEL 2008](#), N. [387 DEL 2007](#)

COT, Ospedali di Comunità, ecc.)⁴ e per verificarne i fabbisogni effettivi; e salvo **alcune precisazioni rintracciabili nelle osservazioni che seguono** (in specie sui Medici di Medicina Generale).

L'integrazione socio sanitaria

- Il documento contiene ripetute affermazioni condivisibili e alcune indicazioni a sostegno dell'integrazione socio sanitaria. **In particolare nella Casa della Comunità l'integrazione con i Servizi Sociali è stabilita come obbligatoria** (vedi Tabella 4). Anche il richiamo alle recenti norme introdotte dalla legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), sui Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali e della non autosufficienza, sui Punti Unici di Accesso, la presa in carico integrata da parte delle équipes socio sanitarie tra ATS e Distretti sanitari nelle Case della Comunità, è positivo. Tuttavia ancora una volta la piena operatività dell'integrazione è rinviata: all'adozione dell'Intesa Stato Regioni prevista dalla stessa legge di bilancio (comma 161) e dell'Accordo Stato Regioni previsto dall'art. 21 del DPCM sui LEA del 2017. Per questo **occorre che tali atti siano adottati con la massima urgenza.**
- Inoltre, insistiamo affinché i Ministeri della Salute, del Lavoro e Politiche Sociali, la Conferenza delle Regioni e l'ANCI si impegnino in un lavoro comune, realmente innovativo e incisivo, per una effettiva integrazione tra ambito sociale e sanitario. Ad esempio: il documento in esame, gli esiti del lavoro della commissione "per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana" presieduta da mons. Paglia, la proposta di legge presentata dal gruppo Ministero LPS "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza" presieduto dall'on. Turco, e i progetti di investimento M6C1 e M5C2, vanno integrati e armonizzati tra loro.
- Infine, le pur condivisibili affermazioni e previsioni per alimentare l'integrazione fra sanità e sociale, non sono sostenute da adeguate **misure riferite ai professionisti del sociale.**

Case della Comunità (della Salute), ADI: personale, strutture, attività pubbliche

Il modello e le funzioni attribuite alla Casa della Comunità appaiono coerenti con un modello di salute comunitaria ad alta integrazione fra sociale e sanità (pur con i limiti appena sopra indicati per realizzare una effettiva integrazione). Si dichiara finalmente che "la CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN".

- Ribadiamo che nell'ambito delle Case della Comunità (ma anche per l'ADI e in generale per le cure primarie previste nei LEA Distrettuali) **devono essere presenti e operare tutti i professionisti della sanità e del sociale**, assicurando l'interdisciplinarietà e il lavoro d'équipe, **compreso l'obbligo di presenza nella Casa dei Medici di Medicina Generale** (che possono comunque operare anche nei loro studi associati per assicurare una maggiore capillarità delle cure primarie), avendo, almeno per i nuovi ingressi, come obiettivo il loro passaggio alle dipendenze del SSN. Non è accettabile un modello differenziato di Casa della Comunità a seconda delle soluzioni adottate nelle singole regioni in forza degli accordi con i MMG. Per questo la soluzione organizzativa contenuta nel documento (a pagina 20) e cioè: "*Nelle CdC hub&spoke inoltre, è garantita l'assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC hub&spoke*" è un passo avanti rispetto alle versioni precedenti del documento ma ancora insufficiente, perché di fatto non va nella direzione di inserire i Mmg nell'organico delle case di comunità. **Almeno nelle Case Hub, deve essere prevista la presenza permanente di un'équipe di MMG** delle cure primarie a rapporto orario e non a quota capitaria, per favorire il graduale passaggio ad un rapporto di lavoro di dipendenza (cui si affiancheranno i MMG presenti a rotazione) per consentire quel lavoro interdisciplinare dell'équipe multiprofessionale che deve caratterizzare il lavoro del Distretto e in questo della Casa della Comunità.

⁴ Ad esempio lo standard per gli Infermieri è fissato in 1 ogni 2mila o 3mila abitanti: circa 33-50 Infermieri per Distretto, ma la distribuzione di questi numeri nelle diverse strutture e attività (CdC, Adi, Ospedale di C, ecc) non è chiara.

- Negli standard per il personale, rispetto alle versioni precedenti, accanto al numero di Infermieri di Comunità, è stata prevista la presenza di assistenti sociali e personale socio sanitario e amministrativo, ma deve essere prevista la presenza di operatori sociali e sanitari componenti l'equipe multiprofessionale, indispensabile per attuare le norme sull'integrazione soprarichiamate.
- Tutte le strutture e le attività finanziate dalle risorse pubbliche ordinarie e del PNRR **comportano che le strutture e le attività in esse svolte debbano avere ordinariamente natura pubblica** (salvo casi in cui si renda necessario l'apporto integrativo di soggetti accreditati).
- Per questo è del tutto inadeguato e preoccupante quanto descritto per **l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**. L'ADI è il pilastro dell'assistenza territoriale e il principale investimento dello stesso PNRR nella Missione 6C1 (4 miliardi). Il documento, al contrario di quanto accade per gli Ospedali di Comunità ben più dettagliati, è del tutto lacunoso sugli standard di personale (a pagina 30 si scrive: *“La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI..”*).
- Non solo, si **prefigura l'affidamento del servizio a soggetti accreditati privati**. Non va dimenticato che questo Investimento è l'unico della Missione 6 che finanzia spesa per il personale (2,7 miliardi fino al 2026). La recente Intesa Stato Regioni del 4.8.2021 che fissa requisiti e standard per l'accreditamento dei soggetti che svolgono assistenza domiciliare rischia di diventare paradossalmente strumento di mera privatizzazione anziché, come dovrebbe, di qualificazione delle attività. L'articolo 1 comma della Legge di Bilancio 2022, che autorizza una spesa aggiuntiva per il personale necessario a rispettare i nuovi standard dell'assistenza territoriale in deroga al tetto vigente, non ha calcolato la spesa per l'ADI con personale SSN.
- Perplessità sull'assistenza psicologica: assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia, senza riferimento al Dipartimento di Salute Mentale.
- Gli standard della Casa della Comunità hub sono fissati in 1 Casa 40-50mila abitanti, dovranno essere meglio precisati anche per le Case spoke, altrimenti queste saranno attivate solo in alcune realtà; e in ogni caso per fare chiarezza rispetto all'attuazione dell'Investimento M6C1.1

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Positivo sia stato confermato lo standard di 1 consultorio ogni 20mila abitanti (10 mila nelle aree interne). Tuttavia è un capitolo da sviluppare, anche in ragione della nuova composizione della domanda di salute indotta dai cambiamenti demografici e sociali. Il capitolo è privo di disposizioni vincolanti per le regioni, salvo il richiamo all'art. 24 del DPCM del 2017 sui LEA.

Salute mentale, dipendenze, carcere

- Grave non sia stato previsto nulla per queste aree di attività.
- Devono essere definite specifiche linee di approfondimento, anche alla luce della recente Conferenza nazionale in materia di salute mentale ([giugno 2021](#)) e di quella imminente sulle droghe ([novembre 2021](#)).

Rete delle Cure Palliative

Positive le previsioni, tuttavia ancora una volta rimane in capo alle regioni la definizione degli standard del personale.

Telemedicina

- Il capitolo è privo di indicazioni vincolanti. Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle *“Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”*, approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020” senza nemmeno citare il cronoprogramma del

PNRR, fissato dal DM MEF 6.8.2021, che prevede l'approvazione entro il 30.6.2022, delle Linee Guida per la Telemedicina. Serve avviare un confronto immediato con le organizzazioni sindacali, soprattutto per supportare le necessarie innovazioni/modifiche dell'organizzazione del lavoro e per il personale.

Prevenzione in ambito sanitario e climatico

- È positivo sia stato previsto uno specifico capitolo del documento dedicato alla Prevenzione, ma vanno sviluppati anche in questo caso standard e requisiti di funzionamento. Inoltre occorre aprire un confronto sulla parte della Riforma prevista dal PNRR M6C1 su "Prevenzione one health" e sui progetti di investimento finanziati con il Fondo Complementare al PNRR oggetto di uno specifico [Decreto del MEF del 15.7.2021](#).

27.2.2022