



Osservazioni al documento “Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale” (Riforma PNRR Missione 6 Componente 1 - M6C1)

Il documento¹, elaborato dal gruppo di lavoro Stato Regioni coordinato da Agenas², è finalizzato all’approvazione, dopo Intesa Stato Regioni, di un Decreto Ministeriale che prevede “la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale attraverso la definizione di un quadro normativo che identifichi gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi in tutte le regioni”. Si tratta della Riforma dell’organizzazione dell’assistenza sanitaria territoriale prevista dalla Missione 6 Componente1 (M6C1) del PNRR, con entrata in vigore entro il 30.6.2022 (vedi: [DM MEF 6.8.2021](#)).

Sul documento si sono svolti tre incontro tecnici (21 ottobre, 5 e 15 novembre 2021) tra i rappresentanti del Ministero della Salute (Stefano Lorusso, Massimo Paolucci), di AGENAS (Domenico Mantoan) e di CGIL, CISL, UIL.

Come CGIL esprimiamo le seguenti considerazioni:

Il documento, come viene ammesso nella Premessa, non rappresenta una Riforma compiuta dell’Assistenza socio sanitaria territoriale.

- Infatti, non sono trattate componenti importanti del complesso sistema di servizi e attività previsti nei LEA distrettuali (e della Prevenzione), le questioni riferite al personale sono in gran parte da sviluppare o lasciate in sospeso (si pensi al ruolo dei Medici di Medicina Generale), sono appena accennate *connessioni* esplicite con le riforme e gli investimenti della Missione 5C2, in specie sulla non autosufficienza, non viene affrontato adeguatamente il rapporto tra questo intervento e il DM 70/2015 su standard e requisiti della rete ospedaliera.
- Il documento dunque si trova “costretto” ad agire condizionato dai tempi scanditi dal cronoprogramma del PNRR e dalla necessità di concentrare l’attenzione sui tre principali Investimenti per il potenziamento dell’assistenza territoriale (Case della Comunità, Assistenza Domiciliare Integrata, Ospedali di Comunità) che, per quanto rilevanti, rappresentano tasselli di un mosaico ben più articolato.
- Per questi motivi le nostre osservazioni, pur intervenendo sulle parti trattate dal documento in questione, richiamano l’esigenza di **lasciare aperto il cantiere della riforma dell’assistenza territoriale**, ben oltre i confini e i contenuti imposti dal cronoprogramma del PNRR e di mantenere un costante confronto con le organizzazioni della società civile e sindacali. Peraltro la stessa Premessa al documento dichiara che si tratta di “un testo base” che nei prossimi mesi sarà ulteriormente integrato e arricchito. In particolare, si dichiara che **“entro l’anno sarà presentata una proposta di riorganizzazione della medicina generale** perché riforma della sanità del territorio e riforma della medicina generale devono camminare di pari passo” e rinvia a successive integrazioni il documento, “con ulteriori approfondimenti su: Farmacie convenzionate, Servizi per la salute mentale, RSA”.
- **Riteniamo che questa scelta** (lasciare aperto il cantiere della riforma dell’assistenza territoriale) debba **essere formalizzata da parte del Ministro in un apposito incontro con CGIL, CISL, UIL.**
- Accanto al confronto sul Documento per lo sviluppo dell’assistenza territoriale, **vanno convocati gli altri due Tavoli** sull’attuazione del PNRR, che il Ministro Speranza si era impegnato a convocare al termine dell’ultimo incontro del 4 agosto scorso.

¹ L’ultima versione del documento è stata consegnata a CGIL, CISL, UIL il 12 novembre, integrata con una “Premessa” consegnata a mano dai rappresentanti del Ministero nell’incontro del 15 novembre.

² Agenas è stata delegata dal Ministero della Salute all’attuazione della M6C1 del PNRR (Decreto MEF 6.8.2021)

- Tavolo “**PNRR e Integrazione - non autosufficienza** (M5C2 integrata con M6C1)”
- Tavolo “**PNRR e Personale**” (per una verifica attenta della congruità anche nel rapporto: tra standard proposti, fabbisogni e fabbisogni formativi, tra le autorizzazioni di spesa per le assunzioni (si veda l’art. 93 del ddl Bilancio 2022) e la relativa effettiva copertura del FSN anche oltre il 2026 (anno in cui termina il PNRR).
- Per ciò che riguarda la Non Autosufficienza, rammentiamo che il Governo ha presentato uno specifico articolo (43) del **ddl di Bilancio 2022 sui LEPS e sui LEPS non autosufficienza**, un disegno di “**legge quadro per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità**”, senza alcun confronto preventivo, e che entro dicembre nella milestone del PNRR (vedi DM MEF 6.8.2021) è prevista l’approvazione del “**Piano Operativo per il Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione**”.
- Oltre a questi due Tavoli (Personale e Non Autosufficienza) vanno previsti confronti specifici sulle parti della riorganizzazione dell’assistenza territoriale che vengono rinviate ad una fase successiva (sopra richiamate: riordino medicina generale, farmacie, salute mentale) ma anche sulle Linee Guida per la Telemedicina (milestone PNRR 30.6.2022) e sui Consultori Familiari, argomenti appena accennati nel Documento.

L’incremento del finanziamento ordinario

- L’aumento del livello del Fondo Sanitario Nazionale FSN proposto dal Governo nel ddl Bilancio 2022 (circa 2,5 miliardi/anno nel triennio 2022-2024) è certamente un primo passo positivo dopo anni di tagli, anche per dare stabilità ad alcune misure del PNRR (che cessano nel 2026).
- Bisogna considerare la richiesta avanzata al Governo dalla Conferenza delle Regioni di coprire integralmente le spese per l’emergenza sostenute nell’anno 2021, per evitare che alcune regioni si trovino in condizione di deficit, con il rischio di dover sostenere un piano di rientro.
- Resta invece 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 assunzione. 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. In particolare se vedano più avanti le osservazioni sull’Assistenza Domiciliare Integrata.

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 “medicina (ndr: sanità) di iniziativa” e all’articolazione del rapporto fra bisogno e Progetto di salute).
- Nelle parti seguenti è però 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 voluta dalla Costituzione

- Il Decreto Ministeriale sulla riorganizzazione dell’assistenza territoriale deve contenere requisiti e standard **vincolanti e omogenei per le regioni**, sia per assicurare l’uniformità dei LEA in tutto il Paese, contrastando l’attuale frammentazione del SSN e evitando le fughe autonomiste di alcune regioni (es. Lombardia); standard vincolanti sono indispensabili anche per organizzare

percorsi di convergenza per le regioni (e i territori) in difficoltà, e per superare le forti disuguaglianze oggi esistenti.

- Appare invece 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 regioni. Proprio la previsione che il DM per la riforma dell’assistenza territoriale sia il frutto di un Intesa fra Stato e Regioni **può e deve consentire l’individuazione di modelli, requisiti, standard e indicatori uniformi e validi per tutto il territorio nazionale; il monitoraggio nella loro attuazione, da parte della Comitato LEA, deve essere parte della verifica degli adempimenti regionali per l’accesso a premi e a sanzioni.**

In ogni caso, 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”.

Il Distretto SocioSanitario: struttura pubblica forte

- È positiva la previsione che il baricentro della riforma per l’assistenza territoriale sia il Distretto socio-sanitario 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).
- Tuttavia occorre **precisare che si tratta di una struttura pubblica** che programma, produce e valuta le attività, avvalendosi *anche* di professionisti e strutture accreditate (come peraltro già accade). Altrimenti la definizione di distretto come “committente” (che eroga servizi in forma diretta o indiretta) prelude ad una esternalizzazione di attività assistenziali che devono invece essere “prodotte” *ordinariamente* dai professionisti e dai servizi pubblici che fanno parte del distretto. Tanto più alla luce dell’esperienza di questi anni che ha visto affermarsi troppo forti differenze tra i modelli regionali, che hanno impedito quell’uniformità nell’accesso ai LEA in tutto il territorio nazionale prevista dalla nostra costituzione.
- Lo standard che definisce il rapporto di 1 distretto ogni 100mila abitanti non può essere superato per evitare strutture troppo grandi, anche per questo 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 **alcune precisazioni rintracciabili nelle osservazioni che seguono.**

L’integrazione socio sanitaria

- Il documento contiene ripetute affermazioni condivisibili e alcune indicazioni a sostegno dell’integrazione socio sanitaria. Tuttavia la mancanza di misure cogenti e vincolanti (da concordare fra Stato, Regioni e Comuni) rischia di mantenere uno status quo fatto di separatezza. Sappiamo che la legislazione in materia è ancora debole: devono essere definiti i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, le competenze tra Regioni e Comuni sono contraddittorie, non vi è obbligo di integrazione fra sociale e sanità. Tuttavia gli strumenti ci sono: serve una decisione politica forte. Per questo insistiamo affinché i Ministeri della Salute, del Lavoro e Politiche Sociali, la Conferenza delle Regioni e l’ANCI si impegnino ora in un lavoro comune, realmente innovativo e incisivo, per una effettiva integrazione tra ambito sociale e sanitario, peraltro prevista anche nel PNRR (M6C1 e M5C2), in particolare per le riforme e gli investimenti **per la non autosufficienza**. Ad esempio, i tre gruppi di lavoro istituzionali: questo di Agenas sulla “Riforma dell’assistenza territoriale”, la commissione “per la riforma dell’assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana” presieduta da mons. Paglia,

³ Sentenze Corte Costituzionale: n. 168 e n. [50 del 2008](#), n. [387 del 2007](#)

il gruppo Ministero LPS “Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza” presieduto dall’on. Turco, il gruppo di lavoro Ministero Salute “sulle RSA”, devono collaborare tra loro e vanno resi pubblici i documenti prodotti dai gruppi stessi. Va inoltre segnalato che il ddl Bilancio 2022 presentato dal Governo contiene uno specifico articolo dedicato ai LepSociali e della Non Autosufficienza, che riguarda anche le Case della Comunità e l’ADI.

- 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**.
- Obiettivo è la costruzione del nuovo Servizio Socio Sanitario Nazionale, con una “S” in più: quella 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). Per questo 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 18) 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 alla versione precedente del documento ma ancora insufficiente, perché di fatto non va nella direzione di inserire i Mmg nell’organico delle case di comunità. **Occorre aggiungere che, almeno nelle Case Hub, è 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.
- Occorre che gli standard per il personale, che per il momento definiscono esclusivamente il numero di Infermieri di Comunità (1/2.000-3.000 abitanti) e per l’Ospedale di Comunità, siano completati anche con quelli riferiti alle/agli altr* professionist* sanitar* e sociali.
- Tutte le strutture e le attività finanziate dal PNRR per attivare: Case della Comunità, ADI, Ospedali di Comunità **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 suscita forte preoccupazione il modello organizzativo 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 del tutto lacunoso sugli standard (in specie di personale) - **sembra prefigurare 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. Anche l’art. 93 del ddl Bilancio, che autorizza una

spesa per il personale necessario a rispettare i nuovi standard dell'assistenza territoriale in deroga al tetto vigente, non sembra abbia calcolato la spesa per l'ADI con personale SSN.

- Va meglio chiarita la funzione della COT Centrale Operativa Distrettuale, che deve effettivamente essere funzionale al coordinamento e al raccordo tra i diversi servizi operanti nel Distretto e nell'Asl. Nel caso di un Distretto "committente" la COT rischia di diventare l'unica funzione pubblica del Distretto.
- Perplessità su l'assistenza psicologica: assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia.
- 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

Consultori familiari

- Positivo sia stato confermato lo standard di 1 consultorio ogni 20mila abitanti (10 mila nelle aree interne). Tuttavia è un capitolo da sviluppare molto di più, anche in ragione della nuova composizione della domanda di salute indotta dai cambiamenti demografici e sociali.

Salute mentale, dipendenze, carcere

- Dovranno 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).

Telemedicina

- Il cronoprogramma del PNRR, fissato dal DM MEF 6.8.2021, 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.

Dipartimento di Prevenzione

- È positivo sia stato previsto un capitolo del documento, 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".

novembre 2021