

Documento di analisi e proposte

su “Case della Comunità” a seguito del Decreto 23 maggio 2022, n. 77

Premessa

In data 22.06.2022 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale il decreto 23 maggio 2022, n. 77 adottato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze contenente il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”.

Il Forum Nazionale del terzo Settore, sin da prima della sua emanazione, aveva analizzato il nuovo sistema di assetto di assistenza territoriale che era stato sottoposto all’esame della Conferenza Stato Regioni (dove, tra l’altro, non si era raggiunta l’Intesa) con particolare attenzione al ruolo che le Case della Comunità saranno chiamate a rivestire all’interno della riforma dell’assistenza territoriale prevista dalla Missione 6 del PNRR., quale luogo in cui si risponde non solo ai bisogni di salute e socio-sanitari, ma anche di benessere più complessivo all’interno della vita della Comunità, soprattutto per quanto riguarda le persone anziane, le persone con disabilità, i minori e le persone non autosufficienti, stante anche il raccordo esplicito della Componente 1 della Missione 6 con la Componente 2 della Missione 5 inerente la coesione ed inclusione sociale di vari fasce di persone fragili della comunità.

Infatti, per le persone con disabilità, per quelle anziane non autosufficienti o per quelle con altre fragilità, anche quando necessitano di alti livelli di intensità di interventi sanitari, non si può mai non tenere conto di altre dimensioni quali quelli delle relazioni interpersonali e del supporto per le stesse e (per i minori e gli adulti) del proprio sviluppo personale per tutto l’arco della propria vita. Il documento è quindi volto a verificare quali possano essere le eventuali difficoltà o criticità per traguardare quanto sopra.

Quadro di riferimento

Al fine di collocare il provvedimento qui esaminato nella recente cornice normativa e programmatoria, si ritiene utile ripercorrere brevemente quanto previsto e disposto dai documenti di programmazione nazionale in materia di assistenza sanitaria territoriale, integrazione sociosanitaria e adozione di modelli di intervento, cura e sostegno per le situazioni di fragilità, non autosufficienza e disabilità.

A tale fine si richiamano le seguenti norme e provvedimenti:

- DPCM 12.01.2017 (“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”) con particolare riferimento al Capo IV – Assistenza Sociosanitaria – art. 21 – Percorsi Assistenziali Integrati (“*I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali di cui al presente Capo prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali*”);
- Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 22.10.2021 recante “Adozione dei Capitoli 1 e 2 del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e riparto delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali” con particolare riferimento ai passaggi in cui si sottolinea la stretta interdipendenza tra il sistema degli interventi e dei servizi sociali con gli altri sistemi “...da

cui dipende non solo la qualità del nostro vivere ma anche il grado di competitività dell'intero sistema Paese", a partire da quello sanitario. *"Il lato sanitario deve operare in stretto raccordo con il lato sociale"* (rispettivamente: par. 1. La strutturalizzazione del sistema dei servizi sociali e 1.5.1. L'ambito sociosanitario);

- Legge 30.12.2021 n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" – commi da 159 a 171 con particolare riferimento ai ruoli dei PUA, alla presa in carico globale e integrata per le persone non autosufficienti e alla definizione dei LEPS a cui è assegnato il compito, tra gli altri, di *"concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale"* (art. 1 comma 160 L. n. 234/2021);

- PNRR – Misura 6 investimento 1.1. laddove si rende esplicito il ruolo degli Assistenti Sociali per rafforzare *"il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale. Il presente investimento agisce in maniera sinergica con gli investimenti 1.1 e 1.2 della Componente 2 della Missione 5. La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento"*.

- quanto indicato dal parere n. 881 del Consiglio di Stato del 19.05.2022 sullo schema di decreto della riforma di assistenza territoriale secondo il quale il testo di riforma si dovrebbe muovere in linea anche con le indicazioni del documento *"Realising the Full Potential of Primacy Health Care"* dell'OCSE del 2019, prefiggendosi dunque tra gli obiettivi di grande rilievo quello di *"introdurre un sistema di governance territoriale idoneo non solo a consentire la gestione dei bisogni socio-assistenziali, ma a facilitare i processi di individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e di specialità;.."*, ricordando quindi come siano inscindibili i bisogni di salute con quelli socio-assistenziali.

Si propone pertanto di prestare particolare attenzione alle seguenti criticità rilevate.

- 1) Non sono chiare nell'allegato al DM n. 77/20022 le previsioni circa il rapporto fra le strutture ed i presidi propri dell'assistenza territoriale con le altre strutture sanitarie, a cominciare dalle strutture ospedaliere di cui al DM n. 70/2015 e viceversa.
- 2) Insufficienti appaiono le previsioni di integrazione fra la riforma dell'assistenza territoriale e le altre grandi riforme in corso (legge delega sulla disabilità, riforma della non autosufficienza, ecc.....) con particolare riguardo al coinvolgimento attivo della persona in condizione di fragilità e alla necessità che il sistema di cura e assistenza sia capace di raccogliere e promuovere il protagonismo delle persone con maggiori difficoltà di autorappresentanza e autodeterminazione, oltre al rapporto che occorre attivare e garantire tra i piani e gli interventi di assistenza e, laddove previsto o esistente, il progetto di vita della persona.
- 3) Vi è una mancata esplicita correlazione, nello specifico per le persone con disabilità, con quanto previsto per potenziare i percorsi di autonomia (M.5 C.2.inv.1.2 del PNRR).
- 4) Vi è l'assenza di previsioni, specialmente per le persone con disabilità (e in particolare per le persone con una minore capacità di autorappresentanza e autodeterminazione), di forme di accoglienza sanitaria nei percorsi di diagnosi e cura che garantiscano non solo la piena



accessibilità (anche in termini di fornire adeguati sostegni per l'assunzione di decisioni e per la raccolta del necessario consenso ai trattamenti), ma anche un'adeguata ed efficiente integrazione e coordinamento di tali percorsi (come dimostrano i buoni risultati in termini di efficienza ed efficacia riscontrabili nelle esperienze "DAMA": riduzione dei tempi di attesa e dei tempi di ricovero, incrementi della capacità complessiva degli operatori nella gestione dell'accoglienza e nei trattamenti, riduzione delle cause di stress per caregiver familiari).

- 5) Vi è l'assenza di previsione per le malattie rare ad alta complessità di presa in carico clinica di un collegamento organizzativo delle CdC con i relativi centri di riferimento per le malattie rare sia per i controlli di routine che per la telemedicina.
- 6) Vi è l'assenza di previsione di raccordo delle CdC con i centri per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico, nonché più in generale per le disabilità ad alta complessità, necessitanti di sostegni ad elevata intensità, anche di natura clinica.
- 7) Sono risultate inspiegabili le sistematiche rimozioni di tutti i passaggi in cui nelle bozze dei primi mesi del 2022 si era tentato di rendere esplicita la necessità di un'azione globale e continuativa dei processi di presa in carico, chiedendo che nelle Case della Comunità ci si occupasse anche degli interventi sociali, garantendo il coordinamento programmatico e operativo con le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e l'insieme degli interventi, dei servizi e delle prestazioni sociali di competenza dei Comuni e degli ATS (come peraltro ampiamente previsto dalla normativa vigente e dallo stesso PNRR)., non semplicemente un richiamo all'*"integrazione con i servizi sociali"* Nella tabella che riporta i servizi previsti da standard nelle CdC si parla in modo generico dell'integrazione con i Servizi Sociali e viene semplicemente previsto per le CdC Hub 1 A.S./40.000-50.000 abitanti, ma appare oggettivamente risibile, così come suscita perplessità, l'assenza di operatori sociali tra gli standard organizzativi previsti per il Distretto (al fine di garantire un minimo raccordo tra le CdC Hub che devono garantire, a loro volta, il raccordo con la programmazione sociale dei Comuni e degli ATS).
- 8) I PUA previsti nella bozza di D.M. sono concepiti con funzioni esclusivamente sanitarie.
- 9) Incertezze sulle risorse umane e finanziarie necessarie a far funzionare a regime le strutture ed i presidi dell'assistenza territoriale;
- 10) Mancanza di raccordo con la disciplina dell'assistenza socio-sanitaria dei LEA, l'unica che in realtà legittimerebbe la definizione di standard qualitativi strutturali, tecnologici e di processo, includendo in questo la necessaria revisione del DPCM 12.01.2017 in relazione alle citate riforme strutturali previste dal PNRR (Non Autosufficienza e Disabilità).
- 11) Inserimento nel DM anche di aspetti che costituzionalmente competerebbero alle Regioni e Province Autonome.
- 12) Carenze di elementi chiari su direzione, governo e governance delle Case della Comunità e sulla tipologia di rapporti che queste potranno intrattenere con i vari stakeholder.
- 13) Mancato inserimento di indicazioni efficaci in materia di prevenzione sanitaria che, a rigore, rappresentano sia un elemento imprescindibile dell'assistenza territoriale che dell'impegno assunto verso la Commissione Europea come sancito nel PNRR da quest'ultima approvato.
- 14) Risibilità delle previsioni concernenti gli ETS che, invece, in tema di sanità territoriale e di prossimità, hanno un bagaglio di esperienze e competenze che meriterebbe tutt'altra

considerazione, anche in relazione alle finalità e disposizioni contenute nel D.Lgs.117/2017 (in particolare: art. 55).

- 15) Genericità dei temi della partecipazione della comunità locale, in scarsa coerenza con le finalità assegnate alle CdC (presa in carico della Comunità).
- 16) Scarsa attenzione garantita ai gruppi più vulnerabili, prevedendo, ad esempio, misure che favoriscano il loro accesso, adottando la modalità della “discriminazione positiva” per realizzarlo.
- 17) Relativamente ai servizi per donne, bambini e adolescenti, preoccupante arretramento del percorso di definizione di prestazioni loro dedicate; si propone di tener conto, ad esempio, di quanto già previsto in normativa relativamente ai primi 1000 giorni di vita o della necessaria valorizzazione dei Consultori familiari, dotandoli di adeguate risorse economiche e professionali, mancando invece un chiaro ancoraggio alla medicina di genere, come peraltro dovrebbe essere previsto.
- 18) Mancata valorizzazione degli apporti di operatori quali psicologi, educatori, mediatori culturali, ecc., che, garantendo la necessaria multidisciplinarietà, possono favorire la valorizzazione della dimensione comunitaria.
- 19) Complessivamente il DM risulta poco coerente con l’approccio proposto dalla *Planetary Health* contenute nelle indicazioni del PNRR.

Conclusioni

La disciplina in esame, anche così com'è, rappresenta un probabile passo avanti verso una sanità territoriale prossima ai cittadini; il coinvolgimento dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, l'istituzione dell'infermiere di famiglia, le case hub e spoke, ecc. meritano un approfondimento e una valorizzazione.

È certo che nella redazione della parte inerente le Case della Comunità si è risentito risente di una visione prettamente sanitaria, al massimo con qualche sfumatura sociosanitaria affidata ad assistenti sociali con generici punti di raccordo, in cui la sanità si colloca nel punto più alto rispetto ai servizi sociali comunali (tanto è vero che si afferma che le CdC sono la “*sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari*” e hanno come obiettivo “*la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari*”

In tal senso sarebbe utile ed indispensabile stabilire contatti con l'ANCI, ma anche con le organizzazioni di rappresentanza dei MMG, pediatri di libera scelta e infermieri, su cui graverà la responsabilità attuativa. Il tutto con l'intento di precisare e migliorare la portata di questa innovazione.

Occorre tra l'altro che l'intero processo attuativo vada attentamente monitorato anzitutto per apportare ogni possibile miglioria tanto a livello nazionale, quanto a livello di attuazione nelle regioni (che avranno un ruolo determinante nel renderla operativa).

Inoltre, dovrà essere posta la necessaria attenzione al fatto che il PNRR, finanziando alcune tipologie di interventi, libererà alcune risorse del Fondo Sanitario che potrebbero ben essere destinate ad interventi ed iniziative anche di ETS nel settore.

Infine, si dovranno monitorare anche gli utilizzi del FSE+ e del FESR 2021-27 al fine di realizzare attraverso tali fondi quegli interventi complementari ed integrativi della riforma, ma che non potranno trovare risorse nel PNRR.

Alla stregua di quanto sopra, per non svilire il portato innovativo ed anche l'obiettivo chiaramente indicato anche alla base dei passaggi sul punto del PNRR, si ritiene che debbano essere adottate le seguenti azioni:

- 1) strutturare immediatamente un gruppo di lavoro nazionale che coadiuvi i Forum Regionali nel seguire l'attuazione della riforma e la realizzazione delle Case della Comunità nei territori di riferimento, considerando altresì che nel terzo e quarto trimestre del 2022, secondo quanto indicato nei Contratti Istituzionali di Sviluppo si dovrà definire la vera e propria programmazione dell'assistenza territoriale secondo gli standard individuati dal DM n. 77/2022; al riguardo si dovrebbero acquisire il prima possibile i piani presentati dalle Regioni e dalle Province Autonome al Ministero della Salute;
- 2) elaborare una proposta di modello di Casa della Comunità, partendo dalle buone prassi presenti in alcuni territori; a tal fine si ritiene importante censire le case della salute, circa 700, istituite in molte regioni, e prendere in esame la proposta di un modello di Casa della Comunità avanzata e presentata al Forum da parte della rete "Prima la Comunità": tale proposta pare infatti utile a chiarire molti aspetti inerenti il governo e la governance delle Case della Comunità e ad implementare le interazioni fra queste ed i vari stakeholders;
- 3) prevedere ampi spazi di sperimentazione di diversi modelli di CdC modulati in base alle diverse peculiarità del territorio (per es. aree interne, aree ad alta intensità di popolazione, aree montane, ecc.) consentendo al sistema attuativo ampio spazio di flessibilità ed adattabilità riferito alla popolazione di riferimento;
- 4) accompagnare il processo e monitorarlo per una *"puntuale messa in atto di tutte le misure previste e per il concorde, costante e leale impegno di tutti gli attori istituzionali coinvolti in direzione della compiuta attuazione di una riforma che, mirando ad assicurare uguaglianza nel diritto alla salute sull'intero territorio nazionale, riveste la più grande importanza"*, così come fortemente raccomandato dal Consiglio di Stato nel citato parere n. 881 del 19.05.2022;
- 5) coinvolgere nel monitoraggio anche l'Osservatorio Nazionale per la condizione delle persone con disabilità, anche per verificare il rispetto della *"Direttiva alle amministrazioni titolari di progetti, riforme e misure in materia di disabilità"* emessa con decreto del 9 febbraio 2002 dall'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri