



Sede legale – Messina Palazzo satellite comunale – P.zza Stazione, CAP 198122 – tel. 090 36529061

La Casa della Comunità Riassetto della medicina del territorio alla luce del PNRR

Catania 10 dicembre 2021

Per entrare direttamente nel cuore della proposta di Casa della Comunità assumiamo come premessa al nostro confronto l'efficace sintesi sul Piano nazionale di Ripresa e Resilienza 2021-2026 illustrata nell'iniziativa **Diritti al punto** del 21 ottobre scorso da Valentina Condò, Valeria Fava e dalla nostra segretaria (*per chi non avesse partecipato potrà lasciare la sua e-mail e gli verranno inviate le presentazioni*).

Riprendiamo quindi alcuni dati di "cornice" del PNRR.

Il PNRR affronta le problematiche connesse alla ripresa e all'innovazione del SSN soprattutto con la **MISSIONE 6 Salute**, articolata in 2 componenti

COMPONENTE 1: *RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE*

COMPONENTE 2: *INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*

Le risorse complessive destinate alla Missione 6 sono pari a **20,23 Mld di €**, per le diverse fonti finanziarie distinti in 15,63 Mld di € del PNRR; 2,89 Mld di € del Fondo Complementare e 1,71 Mld di € del ReactEU.

La Componente 1 in particolare prevede:

Riforma 1: *Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio.*

La riforma ha come obiettivi: (i) definire standard organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture a essa deputate; (ii) definire un nuovo assetto istituzionale per le politiche e attività in materia sanitaria-ambientale climatica.

Investimento 1: *istituzione di Case della Comunità come perno delle prestazioni sul territorio in ambito socio-sanitario*

Investimento 2: *La casa come primo luogo di cura e l'assistenza domiciliare al fine di migliorare le prestazioni offerte in particolare alle persone vulnerabili e disabili, anche attraverso il ricorso a nuove tecnologie*

Investimento 3: *potenziamento di strutture per l'erogazione di cure intermedie (Ospedali di Comunità)*

Le ipotesi attuative, in questa fase allo stato di bozza, sono contenute nel documento definito dall'AGENAS¹ **Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale**, una prima versione nel luglio u.s. e una seconda versione del 20 ottobre scorso.

Nella bozza della riforma, la **Casa della Comunità** si colloca evidentemente all'interno del Distretto sociosanitario e viene disegnata secondo il modello *hub e spoke* che ispira ormai tantissime reti operative sanitarie specialistiche. Essa viene indicata come *il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria e dove viene promosso un approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali*.

La Casa della Comunità nel disegno di riforma rappresenterà *la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale*.

Gli **Standard** previsti sono:

- *almeno 1 Casa della Comunità **hub** ogni 40.000-50.000 abitanti;*
- *Case della Comunità **spoke** e ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP)² sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente*
- *1 Infermiere di Famiglia e Comunità³ ogni 2.000-3.000 abitanti.*

I **Servizi** previsti da standard presso la Casa della Comunità sono (Tabella 4 bozza AGENAS):

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	

¹ **AGENAS** Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

² **AFT** = Aggregazione Funzionale Territoriale; **UCCP** = Unità Complesse di Cure Primarie

³ L'**Infermiere di Famiglia e Comunità** è una nuova figura professionale indicata dalla bozza di riforma e viene disegnato come *un professionista che mantiene il contatto con l'assistito della propria comunità in cui opera, e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità, perseguendo le integrazioni interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona*.

Integrazione con i Servizi Sociali per le cronicità	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Servizi Sociali alla persona e alla famiglia	FORTEMENTE RACCOMANDATO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello Sport	RACCOMANDATO	
Attività Consultoriali	RACCOMANDATO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Vaccinazioni	FACOLTATIVO	

E' importante qui sottolineare la previsione con carattere **obbligatorio** presso la Casa della Comunità sia *hub* che *spoke* della "Partecipazione della Comunità e della valorizzazione della co-produzione", che evidentemente si ricollega alle Linee guida sul rapporto tra PP.AA. e Enti del Terzo settore di cui al DM⁴ n.72/2021 e apre ampi spazi per un nostro **qualificato** protagonismo civico.

Come evidente, una volta stabiliti in via definitiva gli standard, è compito delle Regioni programmare e definire operativamente la concreta attuazione di quanto previsto dalla Riforma nazionale, che è stata evidentemente già oggetto di confronto con le stesse Regioni, le associazioni/ordini professionali, etc. etc.

Da notizie stampa la Regione Lombardia risulta in *pole position* come operatività e progettualità su questo obiettivo: conferenza stampa di presentazione della proposta attuativa il 7 settembre e già il 1 dicembre è stata approvata dal Consiglio regionale la riforma della sanità lombarda; a regime prevede n.203 nuove Case di Comunità (CdC) e n.60 Ospedali di Comunità (OdC), ad oggi si prevedono n.115 CdC e n.53 di OdC con un investimento di € 488 milioni sul totale di 1 miliardo e 200 milioni di euro assegnati dal PNRR alla Lombardia nella fase 1.

La proposta Casa della Comunità, nella declaratoria delle sue funzioni e standard prima illustrati, nella previsione dell'approccio predittivo della **Medicina di popolazione**⁵ così come nel forte richiamo alla collaborazione e interdisciplinarietà attraverso le *equipe*

⁴ D.M. 72 del 31.03.2021 del Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali

⁵ La **Medicina di Popolazione** è la branca della medicina che si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

multiprofessionali nella presa in carico del paziente, così come alla stratificazione della popolazione attraverso la definizione del **Progetto di Salute**, l'introduzione della nuova figura professionale dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, la prospettiva di diffusione del FSE e dell'innovazione tramite l'applicazione degli strumenti/modalità di telemedicina, ecc., la proposta appare indubbiamente interessante e avvincente.

Certamente, però, dobbiamo osservare che su tale ipotesi e sulla complessiva riforma dell'assistenza territoriale manca una analisi puntuale sui fattori critici e di fragilità del SSN emersi nell'attuale crisi pandemica cui ci si propone di dare risposte, con riferimento proprio all'organizzazione esistente dei servizi sanitari.

La Casa della Comunità sappiamo che si ispira al modello emiliano, veneto e toscano⁶, ma ad esempio non viene fornita una analisi sul suo collegamento con la Casa della Salute, sull'efficacia in termini di performance e di risultati raggiunti nelle diverse Regioni, lì dove questa forma organizzativa è stata attivata, a distanza di più di un decennio dalla sua previsione. Soprattutto manca una analisi sulle cause che ne hanno impedito o rallentato l'attivazione, cioè i nodi strutturali più rilevanti che poi determinano le diseguaglianze sui servizi sanitari offerti e su cui è **necessario intervenire** a prescindere dal modello individuato.

In parole povere, ci manca una analisi onesta e puntuale sul "punto di partenza": **ciò che funziona** sui territori per valorizzare ed estendere ciò che ha soddisfatto concretamente i bisogni della popolazione, **ciò che non funziona e perché** per porvi rimedio; e sul "punto di arrivo" del nuovo modello organizzativo di assistenza territoriale, non solo quindi i livelli e standard di assistenza che si vogliono realizzare, ma come si interviene sulle inefficienze e si risolvono le attuali differenze nell'offerta dei servizi.

Tra l'altro non sembrano chiaramente indicati **né** gli "strumenti di *governance*" con cui verrà monitorato a livello nazionale il percorso attuativo da parte delle Regioni - ciò a garanzia dei principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione (L.833/1978): **universalità, uguaglianza ed equità**, quindi a garanzia dell'eguaglianza delle opportunità di assistenza in tutto il territorio italiano, **né** le modalità con cui le nuove componenti organizzative proposte si innestano nell'organizzazione esistente.

Questi sono fattori strategici per ogni **transizione** a nuovi modelli organizzativi ed a maggior ragione nel contesto importantissimo dell'assistenza sanitaria territoriale, a fronte anche della prospettiva di "regionalismo differenziato", effetto delle modifiche del Titolo V della Costituzione, proprio in questa fase in cui si comincia ad affermare da più parti la necessità di disporre di una politica sanitaria europea⁷, con le conseguenti revisioni dei trattati tra i Paesi della UE.

⁶ Inchiesta sul settimanale L'Espresso del 3.08.2021, "Sanità dove rischia il Piano Marshall" di Gloria Riva.

⁷ Intervista sul settimanale L'Espresso del 25.07.2021 al Presidente dell'Europarlamento che invoca tra i cambiamenti nella struttura dell'Unione/revisione dei Trattati la priorità di definire e disporre di una "politica sanitaria europea".

Quindi va espressa con chiarezza la **preoccupazione** che il nuovo modello possa restare una semplice declaratoria, un *restyling* nominalistico o peggio ancora un fattore di ulteriore incremento delle diseguaglianze tra le diverse Regioni; ciò nonostante gli investimenti delle ingenti risorse previste dal PNRR da parte dello Stato e delle Regioni.

Sappiamo che l'organizzazione è importante e che i diversi modelli non sono mai neutri, ma siamo anche consapevoli che non basta definirli in una legge o in un DM per poter raccoglierne i risultati, la sfida più importante resta sempre far funzionare la realtà data.

A maggior ragione in Sicilia dove come Cittadinanzattiva, nell'impegno dei volontari nei diversi contesti, registriamo molto frequentemente la grande distanza/scollamento tra i documenti programmatici e la realtà concreta del vissuto quotidiano dei cittadini che necessitano di assistenza; dove sentiamo proprio i componenti della Comunità – vecchi e giovani - ancora oggi parlare di cassa mutua per indicare gli uffici delle Aziende territoriali senza conoscere significati e funzioni dei PUA, PTA, PTE ecc., l'istituzione/il servizio quindi non è riuscita a raggiungerli!!! E dove le AFT e le UCCP sono solo acronimi per gli addetti ai lavori e neanche per tutti!

Se a queste riflessioni aggiungiamo, sicuramente per il nostro contesto regionale, la scarsa informazione e l'assenza di coinvolgimento sulle ipotesi operative di attuazione della riforma, crescono ancora di più le incertezze e lo scetticismo sugli esiti della proposta.

La richiesta da noi inviata già il 31 ottobre al Presidente della Regione per uno spazio pubblico di trasparenza sui processi decisori è rimasta ad oggi senza riscontro, e non risulta che sia stata attivata una qualche sede/occasione di confronto.

Evidentemente l'importanza e la delicatezza della fase attuale e della posta in gioco – **il miglioramento dei servizi sanitari sul territorio** – richiamano tutti noi ad una maggiore e più forte **vigilanza** a supporto delle componenti più fragili della popolazione.

E' nostra volontà e impegno infatti continuare a dare voce e valore al protagonismo delle Comunità locali, proprio in antitesi al rischio di svuotamento e perdita di senso del termine **Comunità** per un eccesso di logorio in formule organizzative prive di sostanza e concretezza.

Come Cittadinanzattiva Sicilia ci impegneremo quindi ad attivare e moltiplicare occasioni di confronto come questa di oggi, in collaborazione con altri Enti del Terzo settore e con le rappresentanze del mondo professionale; così come a sviluppare il nostro contributo al progetto di **Osservatorio civico sull'attuazione del PNRR 2021-2026**, nato con lo specifico compito di monitorare l'attuazione del Piano, sviluppare l'analisi critica sulle programmazioni settoriali e sui progetti, raccogliere le istanze dei territori e promuovere il dialogo stabile e costruttivo tra i cittadini e le istituzioni coinvolte ai diversi livelli.
