

# Lo sviluppo dell'Assistenza socio sanitaria territoriale.



***Come attuare il PNRR: gli Investimenti della Missione 6C1, della Missione 5C2 e il Decreto Ministeriale 77/2022***

**Alcune indicazioni per la contrattazione sociosanitaria**

- Dopo l'avvio del percorso previsto nel PNRR per la realizzazione degli Investimenti della Missione 6 "Salute" Componente 1 e della Missione 5 "Inclusione Sociale" Componente 2, è stata approvata, con il Decreto Ministeriale 77/2022, la riforma per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale.
- Sul PNRR e sulle misure di attuazione, CGIL e SPI hanno apprezzato gli elementi positivi ma anche segnalato criticità e limiti<sup>1</sup>
- **La CGIL ha presentato di recente la Piattaforma "[Per uno Stato Sociale più forte, pubblico e universale](#)"** anche per orientare la contrattazione regionale/territoriale.
- **Il DM 77 era la riforma attesa per "riempire"** di contenuti operativi, di personale, di innovazioni organizzative (standard e requisiti) gli Investimenti del PNRR nel territorio: Case della Comunità, Assistenza Domiciliare, Ospedali di Comunità, e deve integrarsi con le Riforme e gli investimenti della Missione 5 Inclusione Sociale riferiti alle persone con disabilità e non autosufficienti. Lacune e aspetti assai criticabili non mancano, accanto a indicazioni molto utili.
- In particolare, pur con i limiti che abbiamo evidenziato, si riconosce che, **nell'ambito di un modello pubblico e universale, i servizi sociali e sanitari integrati e di prossimità**, cioè aperti e organizzati nei luoghi della vita quotidiana delle persone, e che agiscono anche sui *determinanti* di salute, sono i più appropriati fattori di prevenzione e di cura.
- Tuttavia anni di **tagli al welfare** socio sanitario pubblico, aggravati dagli effetti dell'emergenza pandemica, e oggi dalle conseguenze della guerra, consegnano un quadro allarmante per la tenuta del servizio sanitario nazionale, dei servizi sociali – e quindi dei diritti delle persone - nel nostro Paese.
- Per questo, il PNRR, le sue riforme e gli Investimenti, devono essere accompagnati da misure strutturali già nelle prossime leggi di bilancio, **per destinare adeguati finanziamenti alla sanità e al sociale e dunque alle assunzioni di personale**, indispensabili per rilanciare il SSN e far funzionare il nuovo sistema di assistenza socio sanitaria territoriale oltre il 2026, anno di conclusione del PNRR.
- **È però fondamentale che il PNRR, le sue Leggi di Riforma e gli Investimenti, non siano provvedimenti isolati**, misure a sé stanti, ma si armonizzino, per innovarle e rilanciarle, con le importanti norme già esistenti per la sanità pubblica e l'assistenza sociale.<sup>2</sup>
- L'attuazione del PNRR deve essere sostenuta anche dall'emanazione delle norme applicative la legge di bilancio 234/2021: per attuare i **Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali e per la Non Autosufficienza e l'integrazione tra sociale e sanità**, in coerenza con il [Piano nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023](#), con il [Piano nazionale Cronicità](#) e con il DPCM "Piano nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024" (link disponibile quando il Decreto sarà pubblicato in Gazzetta Ufficiale). Infine l'attuazione del PNRR va completata con **l'approvazione della Legge sulla Non Autosufficienza (vedi disegno di legge 10.10.2022)**, una riforma non più rinviabile.

---

<sup>1</sup> Si vedano i documenti CGIL : "[Valutazioni sul PNRR](#)" e "[Osservazioni \(1.7.2022\) al DM 77/2022](#)", il comunicato CGIL, SPI, FP 17.2.2022: [Pnrr Salute e Sociale: riprende il confronto con il governo](#)", il documento Cgil, Cisl, Uil Confederale e dei Pensionati: "[Oltre la non autosufficienza, diritto alla salute e alla vita indipendente](#)".

<sup>2</sup> Ricordiamo: la Legge 833 la grande riforma sanitaria del 1978, il Decreto Legislativo 502/92 come poi modificato dalla riforma Bindi nel 1999, la legge 328 del 2000 di Riforma dell'Assistenza Sociale proposta dall'allora Ministro Livia Turco, il Dpcm del 17.1.2017 che ha ridefinito e aggiornato i LEA sanitari.

## Attuare il DM 77/2022

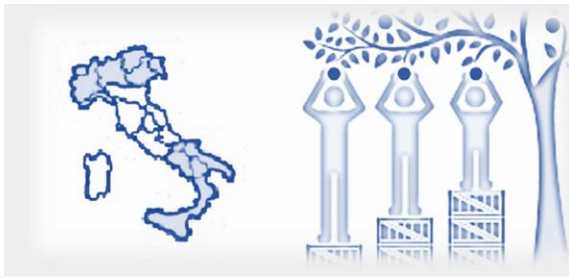
- Per attuare il DM 77, le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano devono provvedere **entro 6 mesi** (dal 7.7.2022 data di entrata in vigore del DM):
  - **ad adottare il provvedimento generale** di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del DM stesso;
  - **ad adeguare l'organizzazione** dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al DM 77, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.
- **Ora dunque tocca alle Regioni agire.** E perciò serve un ruolo guida forte del Governo, Ministeri della Salute e delle Politiche Sociali in primis, per determinare un'attuazione uniforme nel territorio nazionale. Che dobbiamo pretendere, pur consapevoli che in questa fase non sarà facile. Per questo **occorre una forte pressione sindacale a livello nazionale e regionale-territoriale**, per ottenere tavoli di confronto, per condizionare e orientare i provvedimenti di attuazione. Peraltro l'attuazione della riforma non richiederà qualche giorno e non basterà solo l'adozione formale di provvedimenti regionali, molto si realizza progressivamente nei territori.

### Le indicazioni per la contrattazione *sociosanitaria*



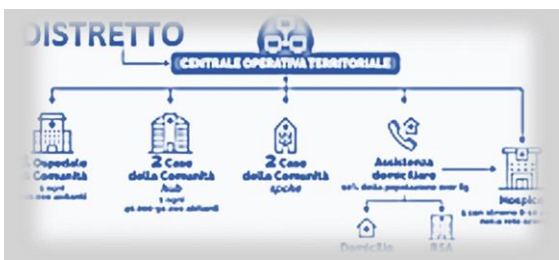
## Incrementare il finanziamento – assumere il personale

- Il primo atto indispensabile, del Governo e del Parlamento, già con la prossima legge di bilancio, è disporre un adeguato incremento del Fondo Sanitario Nazionale, dei Fondi Sociali e per la Non Autosufficienza, in specie **per consentire le assunzioni del personale necessario** a dare vita alla riforma stessa e per invertire la grave crisi che attraversano il SSN pubblico e universale e i servizi sociali (si vedano anche il [documento 23.09.2022](#) FP CGIL, FP CISL, UIL FPL e altre OO.SS e il [Manifesto dell' Intersindacale medica](#))
- Occorre riaprire un urgente confronto sul fabbisogno di personale (e sui relativi fabbisogni formativi), che spetta in primo luogo al sindacato della Funzione Pubblica e che riguarda l'intero SSN e l'ambito dei Servizi Sociali. Perché gli standard individuati finora per gli operatori del territorio non hanno finanziamento sufficiente per coprire la spesa autorizzata, non è chiara la metodologia per definirli, sono incompleti gli standard per l'Assistenza Domiciliare e per le équipe multiprofessionali sociali e sanitarie integrate. Intanto occorre verificare se tutte le Regioni hanno assunto il personale autorizzato con i Decreti Covid e l'ultima legge di bilancio.



## Attuare il DM 77 in modo uniforme in tutta Italia, assicurare pari diritti ai cittadini

- Il DM 77 si compone di due Allegati: il primo “n. 1 Descrittivo” e l’altro “n. 2 Prescrittivo”. Ciò rischia di generare confusione e di far ritenere che sia prescrittivo solo ciò che è indicato nell’Allegato 2, con il rischio di un’interpretazione diversissima da parte delle regioni su come attuare il Decreto. **È perciò indispensabile, pur con le indicazioni che seguono, considerare nei provvedimenti regionali anche l’Allegato 1 come prescrittivo.**



## Distretto forte e nuovo modello di assistenza territoriale

- Bisogna che negli atti regionali al Distretto quale articolazione funzionale dell’Azienda Sanitaria Locale, siano affidati **poteri forti** (nel rispetto del D.Lgs 502 (229) che è norma primaria): il **coordinamento**, la **programmazione**, l’**erogazione** (tramite le proprie strutture e i professionisti) dell’assistenza territoriale, il **monitoraggio e la valutazione**. Il Distretto è il soggetto che realizza l’integrazione socio sanitaria con i Comuni/ATS.
- Anche ai **Sindaci** è assegnato un ruolo chiaro, vanno sollecitati ad una sempre maggiore incisività: devono discutere il Programma di Assistenza Territoriale PAT dell’ASL, il Piano di Zona e proporre le relative risorse anche per l’integrazione socio sanitaria (art. 3-quater D.Lgs. 502/92).
- Per assicurare prossimità ai bisogni della popolazione, è necessario mantenere le **dimensioni del distretto** di norma entro 60-100mila abitanti (standard DM 77)
- Le **Centrali Operative Territoriali COT**, devono **coincidere con il Distretto**, ed essere realizzate con strutture e operatori **dipendenti dell’Asl**.
- Il **nuovo Modello per l’Assistenza Territoriale deve essere adottato obbligatoriamente**, per ispirare la programmazione e l’organizzazione dei servizi nel Distretto. È fondato su: la medicina di popolazione, stratificazione dei bisogni, assistenza socio sanitaria di iniziativa, Progetto di Salute con: presa in carico e PAI Piano di Assistenza Individuale dell’équipe multiprofessionale (vedi capitolo 3 dell’Allegato 1 DM 77) -. L’adozione di tale modello è *alternativa* alla logica basata sull’acquisto delle prestazioni (tipica delle privatizzazioni).



## Casa della Comunità, integrazione socio sanitaria, partecipazione

- La CdC può essere l'innovazione cruciale della riforma. Nel [DM 77 Allegato 2](#) viene prescritto essa sia *“il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento... dove lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale”*. Non si tratta dunque di poliambulatori, di “prestazionifici”. Occorre che siano strutture “abitate” da operatori e cittadini, dalla Comunità appunto, in cui agisce il nuovo modello di Assistenza Territoriale.
- Ciò che è indicato come descrittivo dal DM 77, negli Atti regionali deve essere prescrittivo:
  - la CdC hub e spoke è **struttura pubblica** del Distretto (no a gestione privata),
  - la CdC hub è aperta h24 7 giorni su 7, la CdC spoke h12 6/7 giorni
  - mentre le CdC hub sono già state individuate in ogni regione (vedi [CIS M6C1](#)) le **CdC spoke** vanno individuate e allestite (1/25mila abitanti),
  - **i servizi della CdC** definiti “raccomandati” o “facoltativi” vanno resi “obbligatori”, compresi quelli per **salute mentale, dipendenze, carcere**.
  - obbligatoria e completa deve essere la presenza dell'**équipe multiprofessionale integrata**. Va assicurata la presenza stabile di équipe di **Medici di Medicina Generale (MMG)**, oltre che la già prevista presenza oraria a rotazione (pur in attesa della riforma della medicina generale). Vanno adottati gli standard massimi di personale.
  - Va contrattato il Piano regionale per la fornitura ai MMG e PLS delle apparecchiature sanitarie per la diagnostica di I livello, da usarsi prioritariamente nelle CdC, previsto dal [DM Salute 29.7.2022](#).
  - la CdC è la struttura indicata dal DM 77 per **l'integrazione socio sanitaria**, quindi gli atti regionali devono prescrivere l'attuazione della legge 234/2021 e del Piano nazionale Non Autosufficienza 2022-2024) (si veda **nota** <sup>3</sup>)
- Vanno definite **precise modalità** per assicurare nella CdC **la partecipazione** di cittadini, sindacato e associazioni.

---

<sup>3</sup> **Legge 234/2021: cosa prevede per l'integrazione socio sanitaria nelle CdC** «comma 163. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale *per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie*. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.



(Casa primo luogo di cura)

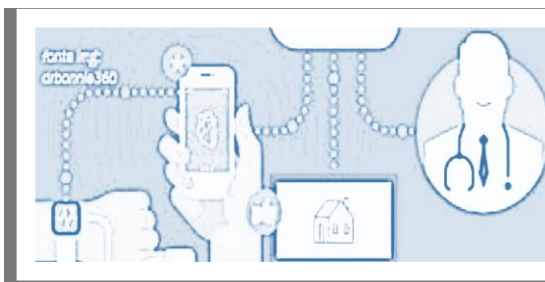
## Assistenza Domiciliare

- È stata presentata la proposta di riparto delle risorse per questo Sub-Investimento (2,76 miliardi) con gli obiettivi di popolazione da assistere per le singole regioni. Il DM 77 conferma le norme del Sub-Investimento riferite agli standard per la presa in carico dei cittadini (10% over65 anni in base alle classi di intensità assistenziale) ma non dà indicazioni precise sugli standard del personale.
- Nell'Allegato 1 del DM 77 si descrive che *“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/PRI”*. Sono indicazioni interessanti **che vanno rivendicate a livello regionale e territoriale** ma la **mancanza di standard nazionali (e di risorse aggiuntive) sul personale è una lacuna gravissima**. Così le conseguenze rischiano di essere una totale privatizzazione dell'AD (e dell'ADI).

**Occorre rivendicare** che l'organizzazione e la gestione dell'ADI sia saldamente in mano ai servizi pubblici, che possono avvalersi anche di servizi e professionisti accreditati, ma sempre nell'ambito della presa in carico e del Piano di Assistenza Individuale.

- **Per quanto riguarda la Missione 5 Componente 2 Investimento 1.1. “... e prevenzione dell'istituzionalizzazione anziani non autosufficienti”**: va verificato con gli ATS lo stato di attuazione, per quanto ci guarda, in specie della Linea di attività 1 “Autonomia degli anziani non autosufficienti” (125 ATS coinvolti con 307,5 mln di finanziamento) e della Linea di attività 2 “Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità” (200 ATS coinvolti con 66 milioni di finanziamento). Per entrambi questi progetti M5 va verificata l'integrazione con i corrispondenti progetti M6C1 Assistenza domiciliare.

**Unità di Continuità Assistenziale UCA:** è una soluzione condivisibile “per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa”. Ma lo standard di personale prescritto (1 MMG 1 Infermiere di Comunità) deve intendersi pari al numero di operatori effettivamente presenti nel turno di servizio.



(Casa primo luogo di cura)

## TeleMedicina

- Secondo il PNRR ([M6C1 sub Investimento 1.2.3 “Telemedicina per supportare al meglio pazienti con malattie croniche”](#)) la finalità è la Creazione di una **Piattaforma Nazionale per i servizi di Telemedicina** e il finanziamento di progetti che consentano interazioni medico-paziente a distanza e di ricerche sulle tecnologie digitali per sanità e assistenza. Obiettivo

dell'Investimento è l'approvazione di almeno un progetto di TM per regione entro il 31.12.2023 e 200mila persone assistite con TM entro il 31.12.2025. Tuttavia ancora il riparto dei fondi non è avvenuto, mentre l'iter per la definizione dei progetti delle singole regioni è stato avviato con l'Intesa Stato Regioni del 12.10.2022.

- L'Allegato 2 del DM 77 prescrive una serie di standard per la telemedicina: “con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio ...”. L'obiettivo è condivisibile, tuttavia le prescrizioni devono riferirsi anche alle dotazioni strumentali, alle innovazioni organizzative, alla formazione **rivolti al personale e ai cittadini-utenti. Per questo occorre considerare tra le prescrizioni le “Linee Guida ... modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza Domiciliare”** (Intesa Stato Regioni 28.4.2022), inespugnabilmente omesse tra gli standard.
- Occorre ricordare che sull'innovazione digitale del SSN c'è anche il Progetto Investimento M6C2 1.3.1 **Fascicolo Sanitario Elettronico** FSE. Per il FSE gli obiettivi del PNRR sono: entro il 30.6.2026 tutte le regioni usano il FSE, entro il 31.12.2025 l'85% dei MMG alimenta il FSE. Per obiettivi delle singole regioni su FSE si veda nella [pagina CIS regionali PNRR M6 Capitolo C21.3.1](#). Si tratta di obiettivi ambiziosi il cui raggiungimento **va verificato in sede regionale**.
- L'innovazione tecnologica, in specie digitale, comporta cambiamenti organizzativi e del lavoro (da contrattare) e comporta l'acquisizione di un enorme quantità di dati digitali personali da diversi soggetti, esponendo a rischi che riguardano, ricorda il Comitato nazionale per la Bioetica: “la protezione della privacy della persona, la mercificazione di un diritto universale, la trasparenza, l'equità, la qualità dell'informazione, la dipendenza (dei consumatori dai produttori), il principio di giustizia partecipativa”. Per queste ragioni si tratta di “contrattare” la diffusione di questa opportunità per migliorare la qualità dell'assistenza, ma rivendicando un forte governo da parte dal servizio pubblico e informazioni trasparenti.



## Ospedale di Comunità

- L'Allegato 2 al DM 77, indicando ciò che è prescrittivo, stabilisce che: “L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero ...”. Sempre l'Allegato 2 ne prescrive gli **standard organizzativi, di personale e tecnologici strutturali. Per la programmazione [in ogni regione si vedano i CIS](#)**.
- Nei provvedimenti regionali occorre che gli standard strutturali prescrittivi dell'Allegato 2 siano integrati con quanto previsto dall'Allegato 1, e **che per il personale si applichino gli standard massimi**.





## SCHEDA riepilogo attuazione PNRR Missione 6 Salute e Missione 5 Inclusione Sociale

### Il PNRR per la Missione 6 Salute si articola in due Componenti:

- Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale
- Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale

Link con la [tabella gli Investimenti in dettaglio](#) della Missione 6 – Salute (DM 1.4.2022).

### La Missione 6 Salute Componente 1 prevede:

- una **Riforma dell'assistenza territoriale**, che è stata approvata con il [Decreto 23 maggio 2022 n. 77](#). "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- tre linee di Investimento con risorse PNRR:
  1. [Case della Comunità e presa in carico della persona](#) – 2 miliardi
  2. [Casa come primo luogo di cura e telemedicina](#) – 4 miliardi
  3. [Ospedali di Comunità](#) - 1 miliardo
  4. più una quarta linea su: [Salute, ambiente, biodiversità e clima](#) – finanziata con 500 milioni dal PNC Piano Nazionale Complementare.

Per la Componente 1 della Missione 6, dopo il riparto dei finanziamenti, tutte le Regioni hanno sottoscritto con il Governo il Contratto Istituzionale di Sviluppo: [vedi i CIS di ogni Regione](#) sui progetti di Investimento: Casa della Comunità, COT (subInvestimento), Ospedale di Comunità. Sono quindi avviate le fasi di affidamento dei lavori e per le forniture: vedi [link Invitalia](#) (sezione Bandi e Avvisi).

Il Ministero della Salute ha presentato alla Conferenza delle Regioni la proposta di riparto delle risorse per il subInvestimento M6C1.2. "Assistenza Domiciliare" (2,7 miliardi)

### La [Missione 5 \(Sociale\) Componente 2](#) prevede

- due Riforme:
  - la **Legge delega sulla disabilità n 227/2021** (e i decreti attuativi da emanare)
  - la **Legge sulla Non Autosufficienza** approvato il [Disegno di Legge](#)
- quattro Investimenti, di cui due da integrare con la Missione 6:
  1. [Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non auto-sufficienti \(0,5 miliardi\)](#);
  2. Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia delle persone con disabilità (0,5 miliardi);

Per i due Investimenti M5C2 integrati con la Missione 6 Salute, sono state assegnate le risorse e i Progetti che dovranno essere realizzati dagli ATS: di seguito i link per verificare lo stato di attuazione:

[Investimento 1.1. Piano operativo per il sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti](#)

[Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia delle persone con disabilità](#)

[Riapertura termini per ATS sottorappresentati nei progetti](#)