

Le proposte e le azioni dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie

Liliana Anghinelli, Alice Cicognani, Fulvio Lonati, Luciano Pletti, Claudia Zamin

10 Marzo 2022: nasce l'Alleanza

Ripensare, valorizzare e riprogettare la medicina territoriale. È questo l'obiettivo dell'*Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*¹, costituitasi a Roma il 10 marzo 2022.

Le Organizzazioni aderenti hanno fatto proprie le proposte del Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia², risultato di un lavoro di scrittura collettiva, promosso dalla *Campagna Primary Health Care Now or Never*. Alla sua stesura hanno partecipato operatori/trici e cittadine provenienti da tutta Italia: giovani, e non giovani, medici di medicina generale e continuità assistenziale, incaricati e in formazione; studenti; specialisti in salute pubblica ed altre specialità mediche; infermiere; antropologi; psicologi; fisioterapisti; amministratori locali, cittadine...

La Campagna Primary Health Care Now or Never

È un movimento nazionale di professionisti sociali e sanitari, nato alla fine del 2017 a Ferrara, con l'ambizioso obiettivo di promuovere un profondo rinnovamento (anche culturale) delle Cure Primarie italiane, orientate ai principi operativi e concettuali della Primary Health Care (PHC) così come definita e raccomandata dall'OMS³.

La PHC è un sistema di assistenza nel quale l'oggetto dell'azione non è limitato al trattamento delle patologie, ma si concentra sulla promozione e tutela della salute nelle sue dimensioni biologiche, sociali, psicologiche, ambientali, esistenziali ecc. È centrata sui bisogni reali delle persone e dei territori nei quali le persone vivono e lavorano a partire dalle risorse già presenti; richiede quindi un approccio multidisciplinare, intersettoriale e proattivo. Al fine di rendere effettivo un approccio orientato alla PHC è necessaria l'adozione di politiche per la salute con uno sguardo più ampio della sola dimensione bio-medica e capaci di incidere sui determinanti sociali e ambientali di salute e malattia, interessando quindi ambiti come il lavoro, i trasporti, la cultura, l'alimentazione, l'ecologia, l'educazione, l'abitare, lo sport, le attività di aggregazione sociale e spirituale, ecc.

Si potrebbe concludere che la PHC è prima di tutto una visione concreta, uno sguardo originale alla "cosa pubblica" e alla salute di tutti, alla portata di tutti. La Campagna Primary Health Care Now or Never, fin da subito, ha promosso attività di formazione, divulgazione e studio rivolte a tutti gli operatori del settore nell'ottica di promuovere una riorganizzazione dei servizi territoriali, supportate da politiche sanitarie e sociali capaci di adattarsi alle caratteristiche uniche di ogni territorio (epidemiologia, risorse disponibili sia in termini quantitativi sia di competenze professionali, ecc) e di promuovere interventi diversificati.

Sulla base dei contenuti del Libro Azzurro si è costituita un'Alleanza tra organizzazioni convinte che:

- il SSN deve essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate sostenute dalla fiscalità generale e a carattere progressivo;
- è necessaria una nuova visione complessiva dell'intero Servizio Sociale e Sanitario Nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della *Primary Health Care* come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute; tale nuova visione viene supportata da proposte articolate, precise, attuabili nell'immediato ed espone nel *Libro Azzurro*;
- il rinnovamento di tutta l'assistenza primaria italiana rappresenta un obiettivo strategico e non più rinviabile, condiviso da molte componenti della società, sia perché il SSN possa promuovere e produrre salute globale delle persone e delle comunità, sia per la qualità democratica e per l'equità dell'intero Paese;
- la riforma delle Cure Primarie in Italia può iniziare ad attuarsi se richiesta e sostenuta da una "massa critica" di organizzazioni-enti-movimenti sensibili alla problematica che condividono le linee di rinnovamento fondamentali, ma solo se collegate, alleate e coordinate tra loro.

Il documento fondativo dell'Alleanza

In occasione dell'annuncio della costituzione dell'Alleanza, le prime organizzazioni aderenti hanno presentato una serie organica di proposte che individuano chiaramente, anche se in forma sintetica, le linee di indirizzo:

- definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Prima-

rie, identificata nel Distretto Sociale e Sanitario;

- sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere;
- territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario;
- organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con il territorio e gli ospedali, secondo modalità strutturate di lavoro

di equipe multiprofessionale;

- adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute;
- dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.

Le proposte dell'Alleanza per la riforma delle Cure Primarie in Italia

Le proposte a seguire, ispirate da "Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia", sono distinte solo funzionalmente per maggior chiarezza; infatti, sottolineiamo l'inscindibile interdipendenza tra salute-istruzione-formazione e la circolarità del concetto di salute, che deve essere perseguita "in tutte le politiche".

Precisiamo inoltre che, sebbene le circostanze attuali abbiano direzionato l'urgenza e la spinta riformatrice verso le Cure Primarie, questa debba coinvolgere l'intero Servizio Sociale e Sanitario Nazionale, il quale deve essere concepito come una grande rete di funzioni orizzontalmente interconnesse e non gerarchiche.

1. Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie

Nonostante la normativa nazionale abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto, v'è un'applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto risulta essere un'entità virtuale.

Proponiamo che il modello istituzionale-organizzativo delle Cure Primarie sia uniforme in tutte le Regioni, basato su una cornice istituzionale-organizzativa vincolante del Distretto Sociale e Sanitario, della Casa della Comunità e delle "Microaree" (livello organizzativo dei servizi per la salute di prossimità), all'interno di un governo rigorosamente pubblico. Proponiamo che il Distretto Sociale e Sanitario abbia una dimensione di circa 100.000 abitanti e che coincida con l'Ambito Territoriale Sociale.

2. Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere

Il passaggio da un modello prettamente "sanitario" (concentrato nell'erogazione di prestazioni sanitarie) ad un modello di "salute" (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo in alcune Regioni e comunque solo marginalmente.

Proponiamo che si attivino politiche pubbliche capaci di far crescere il capitale sociale e di promuovere la resilienza e l'empowerment delle comunità mediante la loro effettiva partecipazione. Questo passa attraverso un cambiamento culturale radicale da promuovere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione. Proponiamo in tal senso che sia vinco-

lante il coinvolgimento dei Sindaci e delle rispettive organizzazioni comunali.

3. Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario

Il bisogno di salute è di norma supposto piuttosto che concretamente rilevato e le risposte e le soluzioni ad esso fornite sono spesso standard piuttosto che appropriate al contesto.

Il servizio sanitario si è sviluppato e costruito per grossi “silos”, spesso indipendenti per organizzazione, funzionamento e finanziamento e con pressoché nulla condivisione di dati e informazioni formali e informali. Ciò impedisce l’integrazione, la prossimità e la flessibilità dei servizi di salute, fondamentali ad accogliere e adattare la risposta ai bisogni e dunque alla risolutività degli interventi.

Proponiamo che le attività del Servizio Sociale e Sanitario siano pensate e strutturate a partire dalla individuazione dei bacini territoriali per bisogni-risorse e non dai “silos” professionali e di patologia.

4. Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale

Il coordinamento tra la componente “sanitaria” e quella “sociale”, così come il lavoro in equipe interprofessionali, sono avvenuti occasionalmente, solo dove si sono incontrate disponibilità individuali e favorevoli ed eccezionali contingenze. Manca una cultura della co-gestione partecipativa e le competenze necessarie alla costituzione di reti della salute che siano multi-settoriali, multi-professionali e partecipative in cui le decisioni passino per la costruzione di consenso.

Proponiamo di organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari con la presenza di tutte le figure professionali della salute (sanitarie e sociali) adeguatamente formate, in numero congruo, operanti su definiti segmenti di territorio e opportunamente organizzate su tre livelli (Distretto, Casa della Comunità, Microarea), integrate con i professionisti ospedalieri, in rete con il territorio e partecipate dalle comunità.

5. Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute

Sono scarsamente diffuse attività di ricerca e formazione relative alle metodologie di apprendimento in contesto, che consentano di sostenere l’analisi delle pratiche assistenziali locali e la formulazione delle conoscenze necessarie a sviluppare la territorializzazione dell’assistenza e della gestione.

Proponiamo di adottare metodologie di lavoro in cui la clinica, la ricerca e la programmazione dialoghino in maniera costante per rendere il Servizio Sociale e Sanitario flessibile e resiliente rispetto alle esigenze mutevoli e diversificate dei territori; questo è possibile con la decentralizzazione della pianificazione e della gestione dei servizi, attraverso processi partecipativi e inclusivi, nonché tutelando e programmando nell’attività lavorativa dell’equipe spazi e tempi dedicati a formazione e valutazione.

6. Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale

La formazione dei professionisti della salute non è adeguata alle trasformazioni epidemiologiche, demografiche e sociali dell’ultimo secolo. È inoltre frammentata, basata su profili professionali spesso sorpassati e non integrati, non adeguata ai bisogni della popolazione, non finalizzata al lavoro di equipe, dotata di elevato tecnicismo ma incapace di comprendere il contesto, orientata alla gestione di singoli episodi di cura piuttosto che alla continuità e longitudinalità delle cure, ospedalocentrica, con prevalenza di dati quantitativi.

Proponiamo di attivare le misure opportune per superare l’attuale carenza di risorse umane nelle Cure Primarie, acquisendo i professionisti della salute adeguati per numero e competenze, specificamente formati per agire in equipe nelle comunità locali: sblocco assunzioni nel pubblico; semplificazione e razionalizzazione dei rapporti contrattuali di tutte le figure professionali territoriali nel quadro della dipendenza pubblica (superando le diversificazioni contrattuali in atto); adeguamento stipendiale; ulteriore razionale adeguamento degli accessi ai diversi percorsi pre- e post-laurea.

Le organizzazioni aderenti all'Alleanza aderenti all'Alleanza è andato crescendo
Nell'arco di alcuni mesi il numero di dalle 11 iniziali alle 17 attuali; l'Alleanza rimane comunque aperta e promuove l'adesione di ulteriori organizzazioni che ne condividono le proposte⁴.

Le organizzazioni aderenti all'Alleanza per la riforma delle Cure Primarie in Italia

- Campagna Primary Health Care *Now or Never* (*)
- ACLI - *Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani* (*)
- AICP - *Accademia Italiana Cure Primarie*
- AsIQuAS - *Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale*
- AIFeC - *Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità* (*)
- Associazione APRIRE - *Assistenza Primaria In Rete* (*)
- Associazione Comunità Solidale Parma
- Associazione La Bottega del Possibile
- Associazione Prima la Comunità (*)
- Associazione Salute Diritto Fondamentale (*)
- Associazione Salute Internazionale
- CARD - *Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto* (*)
- EURIPA Italia - *European Rural and Isolated Practitioners Association* (*)
- Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - IRCCS (*)
- Movimento Giotto (*)
- SItI - *Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica*
- Slow Medicine ETS (*)

(*) *Organizzazioni aderenti all'Alleanza dalla sua costituzione*

La prima azione pubblica: le proposte dell'Alleanza per dare attuazione al DM71 nella prospettiva della *Primary Health Care*

Considerato il rilevante significato del cosiddetto DM71 (che diventerà poi l'allegato principale del Decreto Mi-

nisteriale DM77/2022) per il ridisegno della "Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", nel Giugno 2022 l'Alleanza ha reso pubblico il documento riportato quasi integralmente nei due box che seguono, contenente una serie di proposte per facilitarne la

traduzione nel concreto, prospettando l'adozione di strumenti operativi e modalità innovative ed adeguate di misurazione delle attività e degli esiti attesi, anche in considerazione di possibili successivi decreti attuativi.

Le proposte dell'Alleanza per dare attuazione al DM71 nella prospettiva della Primary Health Care

L'Alleanza ritiene che il DM71, pur a fronte di numerose criticità già pubblicamente espresse e sinteticamente richiamate [nel successivo box], presenta importanti elementi positivi in quanto detta criteri attuativi nazionali uniformi sull'organizzazione dei servizi territoriali per la salute, attesi da molti anni; in particolare il DM71:

- fa riferimento al Servizio Sanitario Nazionale, dettando criteri uniformi per il livello regionale;
- nell'introduzione orienta verso un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio one health";
- prevede che le Regioni adottino entro 6 mesi "il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale" secondo criteri uguali per tutto il Paese;
- indica la volontà politica di attivare effettivamente i Distretti e di inserirli in una cornice istituzionale-organizzativa vincolante, entrando nello specifico di questioni organizzative ed attuative dettate a tutto il Paese;
- ricomprende in un unico atto tutti i servizi dell'Assistenza Primaria e li riconduce al Distretto e alle Casa della Comunità (CdC);
- indica fattori organizzativo-comunicativi trasversali definiti, quali la COT - Centrale Operativa Territoriale, la Centrale 116117, i servizi tecnologici, i sistemi informativi e di qualità.

L'Alleanza chiede pertanto che tali aspetti positivi -uniformità dei criteri a livello nazionale, centralità del Distretto, riconduzione di tutte le attività territoriali alla Casa della Comunità- siano presenti nel percorso di attuazione nel Paese.

Anche dietro la spinta dei finanziamenti del PNRR, auspica che l'attuazione sia ubiquitaria, specialmente nelle regioni dove i Distretti sono attualmente realtà solo virtuali. Inoltre, l'Alleanza chiede di attuare quanto disposto dal decreto in coerenza con la corretta e ampia visione esposta nell'introduzione del decreto, ponendo particolare attenzione ai seguenti orientamenti: casa come primo luogo di cura; approccio comunitario; passaggio dalla logica delle "prestazioni sanitarie" al "servizio per la salute" e al "prendersi cura"; valorizzazione e integrazione delle attività consultoriali rispettando le specificità dell'area materno-infantile; integrazione multiprofessionale.

Le proposte dell'Alleanza Obiettivi "immediati"

L'Alleanza individua i seguenti obiettivi strategici potenzialmente attuabili nell'arco di 3-6 mesi (quindi entro il 2022):

1. modifica delle programmazioni regionali introducendo l'identificazione dei territori di tutti i Distretti e la contestuale attivazione istituzionale, rispettando i seguenti criteri: 1) Dimensione indicativa di 100.000 abitanti, con deroghe rigorosamente legate a vincoli oro-geografici e di configurazione urbana; 2) Coincidenza con il corrispondente Ambito Territoriale Sociale; 3) Avvio della programmazione unitaria delle azioni sociali e sanitarie con valorizzazione delle correlate funzioni degli enti locali e con l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti condivisi a livello nazionale e/o almeno regionale.
2. attivazione delle Centrali Operative Territoriali – COT per ogni Distretto.
3. attivazione delle Unità Operative indispensabili previste dal DM71 in ciascun Distretto.
4. attivazione, in coordinamento con le COT, del Punto Unico Di Accesso nella logica dell'accoglienza e dell'ascolto, a carattere Sociale e Sanitario (PUA) in ogni Distretto e, in previsione, presso ogni Casa della Comunità contestualmente alla loro attivazione.
5. implementazione di equipe multiprofessionali a partire dal necessario coinvolgimento delle forme associative strutturate dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta (anche per far fronte all'attuale carenza di professionisti), con possibilità di avviare-valorizzare esperienze innovative di assistenza primaria, multiprofessionali, adatte alle cure di prossimità, attente al proprio territorio.
6. attivazione di percorsi formativi multiprofessionali a livello di ogni Distretto e, dove già attivate, in ogni Casa della Comunità, propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, anche avvalendosi di collaborazioni con Università e altre agenzie formative.

L'Alleanza chiede quindi che tali obiettivi, già normati, vengano fatti propri da tutte le Regioni e che il Ministero della Salute ne monitori puntualmente l'attuazione e che, riscontrandone eventuali inadempienze, eserciti i poteri sostitutivi (Articolo 120 della Costituzione).

Obiettivo monitoraggio attuazione di: Distretti, COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare

L'attuazione di Distretti, COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Assistenza Domiciliare, secondo il PNRR, ha un orizzonte pluriennale, di 6 anni a partire dal 2022, a cui si associa la previsione del progressivo incremento delle risorse aggiuntive in deroga (da 90 milioni nel 2022 a 1 miliardo nel 2028) da destinare all'acquisizione di personale aggiuntivo.

Ritenendo importante monitorarne la progressiva attuazione a livello nazionale e l'effettiva attribuzione ai servizi territoriali di personale dedicato aggiuntivo in deroga, l'Alleanza si impegna a promuovere l'attivazione da subito di un percorso di monitoraggio indipendente pluriennale.

A tale fine, l'Alleanza intende connettersi e avvalersi delle diverse realtà che hanno avviato programmi di monitoraggio dello sviluppo dei servizi territoriali per la salute, a partire dalle iniziative già promosse dalle organizzazioni aderenti.

Sulla base di quanto sopra l'Alleanza si impegna e renderne pubblico un Rapporto Annuale.

Principali aspetti del DM71 ritenuti critici dall'Alleanza

Viene introdotta una clausola di invarianza finanziaria, per cui il Decreto va attuato senza nuove risorse finanziarie nell'ambito del livello di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), con l'aggiunta delle risorse del PNRR. Ciò non appare realistico in relazione alla riconosciuta inadeguatezza del FSN, considerando anche che il PNRR non prevede investimenti per il personale, con l'eccezione dell'Assistenza Domiciliare.

Non chiarisce in modo inequivocabile che devono essere pubbliche e a gestione diretta del SSN, nell'ambito del Distretto, tutte le articolazioni dell'assistenza territoriale (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza domiciliare, ecc.). Vi è una apertura al "Terzo Settore" che va specificata -vedi il ruolo possibile di assicurazioni e mutue con le loro reti convenzionate- e chiarita in quanto potrebbe prefigurare una ulteriore privatizzazione strisciante della sanità pubblica.

Il volontariato ed il Terzo Settore sono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale creando un "ecosistema" sociale favorevole al miglioramento dei diversi determinanti di salute; appare anche una possibile confusione tra Terzo Settore locale e privato profit (che quando di grandi dimensioni sovrasta il livello distrettuale-comunitario).

Il "privato" viene considerato a prescindere dal fatto che sia profit o non profit, locale o sovra-locale, proprio perché concepito nel solo meccanismo di prestazioni erogate da enti in competizione, anziché di servizi attuati in collaborazione.

È complessivamente orientato al "sanitario con erogazione di prestazioni", anziché a "salute e benessere dei singoli e della collettività".

Non si scorge il necessario passaggio dall'approccio ospedaliero (necessario ed efficace per rispondere alle acuzie gravi ma inadatto alla prevenzione e a gestire le cronicità e la fragilità) verso un modello proattivo di promozione e prevenzione della salute nei luoghi di vita, prevedendo il coinvolgimento attivo delle comunità e delle persone, che devono diventare esse stesse protagoniste della propria salute. In altre parole, manca la corretta visione di "Primary Health Care" indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In verità tale impostazione è ben espressa nell'introduzione del DM71; purtroppo però non la si ritrova nello sviluppo delle indicazioni organizzative, specialmente per gli argomenti esposti di seguito.

Mancano l'idea e il processo di "territorializzazione" del SSN: il DM71 afferma infatti che "il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio"; un modello cioè dove i servizi vengono "calati" secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dai bisogni e dalle risorse del territorio. Non viene specificato che il Distretto è innanzitutto un territorio identificato, di dimensione di norma non superiore ai 100.000 abitanti, sulla base di criteri geografici-sociali-esistenziali-organizzativi-epidemiologici, e che in/con/per questo territorio definito va sviluppata l'organizzazione distrettuale, finalizzata a "territorializzarvi" il Servizio Sanitario Nazionale.

Manca l'approccio comunitario: le attività previste sono infatti orientate alla diagnosi e alla cura dei singoli piuttosto che alla valorizzazione di tutte le risorse locali sociali, scolastiche, lavorative, associative, di vicinato, per promuovere salute nei luoghi di vita, per gestire le cronicità avvalendosi della collaborazione e cooperazione, per contrastare le disuguaglianze in salute con la promozione di una diffusa sensibilità sociale.

Si prevede che la stratificazione della popolazione per la rilevazione dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico, sia fatta solo sulla base dei consumi sanitari: modalità certamente interessante e ricca di potenzialità, ma che andrebbe integrata attraverso l'apporto delle conoscenze di operatori responsabilizzati in percorsi di governo clinico e salute collettiva, attraverso la visione delle amministrazioni e dei servizi comunali, attraverso il recupero delle conoscenze che le varie componenti della "società civile" possono portare. È fondamentale che la stratificazione dei bisogni della popolazione sia effettuata anche sulla base di indicatori socio-economici oltre che sanitari, valorizzando il ruolo delle amministrazioni e dei servizi comunali e delle componenti della società civile.

La stratificazione dei bisogni deve consentire una programmazione che parta dal lato della "domanda" dei cittadini analizzata sia in base a

dati epidemiologici in essere e in divenire, che tramite sistemi di valutazione dei “bisogni complessi” da parte delle UVMD, tramite l’applicazione di sistemi di valutazione unitari e univoci, come indicato nel PNRR stesso, in tutte le Regioni, in tutte le ASL ed in tutti i Distretti sociosanitari.

Il non coinvolgimento dei Comuni porterebbe al non riconoscimento del potenziale apporto alla salute dei singoli e delle comunità di ciò che è esterno ai servizi propriamente sanitari.

Manca l’indicazione della centralità e necessità del lavoro in equipe multiprofessionali e soprattutto di come queste debbano funzionare. Solo così si possono garantire risposte globali e personalizzate, orientate a produrre salute e benessere anche quando si deve convivere con disabilità e cronicità. Solo così è possibile evitare che siano le persone, le famiglie, i gruppi sociali, a doversi “arrangiare” per ricomporre le prestazioni delle diverse figure professionali e delle diverse forniture di prodotti sanitari. Sarebbe necessario specificare in dettaglio come e da chi debbano essere composte le equipe multi professionali a cui compete l’erogazione dell’assistenza primaria e che non devono essere previste unità mono-professionali. In tal senso, infermieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dovrebbero operare nell’ambito delle equipe multi-professionali, svolgendo interamente la loro attività nell’ambito delle Case della Comunità o di articolazioni territoriali delle stesse.

Si prevedono settori-professioni tra loro separati, autonomi e tendenzialmente autosufficienti. Come questi (medici di famiglia o specialisti, infermieri di famiglia e comunità, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, cure palliative, consultorio familiare, attività psicologiche, attività di prevenzione, ...) si connettano all’interno delle Case della Comunità non risulta chiaro. Si rende ipotizzabile che addirittura possano funzionare come entità appaltabili all’esterno. La strutturazione prevista per ciascuno appare rigida, di tipo ospedaliero, non in una prospettiva territoriale. Manca cioè il come la Casa della Comunità diventi perno di tutti gli attori nel territorio di riferimento. E non sembra casuale che l’obiettivo principale indicato nel DM71 sia la riduzione del numero di accessi al pronto soccorso e al ricovero, non il produrre salute.

L’assistenza domiciliare rimane affidata all’Assistenza Domiciliare Integrata intesa non come modalità di intervento (sociosanitario integrato) ma piuttosto come servizio separato, erogato da soggetti non meglio specificati, che in molte Regioni sono ormai enti privati, senza prevederne il superamento mediante l’integrazione dell’assistenza domiciliare tra i compiti delle equipe multiprofessionali delle cure primarie. Viene dedicato uno specifico capitolo solo all’Infermiere di Famiglia o di Comunità (perché “o” e non “e”?) senza indicare come questi si connetta nelle equipe multiprofessionali, mentre le tante altre professioni sono solo marginalmente e parzialmente menzionate.

Non viene esplicitato come i medici (ed i pediatri) di famiglia si connettano all’insieme: non è disegnato il loro ruolo benché, attraverso il loro compito di prescrivere farmaci e indagini, sia in posizione baricentrica, principale chiave di accesso al Servizio Sanitario. In particolare, il DM71 non dice come si connettono alle equipe multiprofessionali. Il rischio è che rimangano ancora di fatto esterni, addirittura controparte, al sistema distrettuale, quand’anche svolgano la propria attività in toto o in parte all’interno della Casa della Comunità.

Le nuove valutazioni e proposte dell’Alleanza a seguito dell’adozione definitiva del DM77

Con il Decreto del Ministro della Salute 77/2022 sono stati adottati in via definitiva “i modelli e gli standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”. Rispetto alle versioni preparatorie, è stato introdotto un nuovo “allegato 2” che indica i criteri “aventi valore prescrittivo”.

Alla luce di questa rilevante novità, nel luglio 2022 l’Alleanza ha aggiornato le proprie valutazioni con la pubblicazione di un nuovo documento nel quale si evidenziavano le principali criticità, in particolare (vedi testo completo nel box che segue):

“Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per i Distretti: non si fa menzione dell’assetto organizzativo che il Distretto ora dovrebbe assumere nel

rinnovamento della sanità territoriale [.....]

Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per le Cure Primarie, benché siano posizionate al primo posto nell’elenco dei servizi obbligatori per le Case della Comunità, e debbano essere garantite da équipe multiprofessionali composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e altri...”

Le nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza a seguito dell'adozione definitiva del DM77

Non è comprensibile che una riforma dell'assistenza territoriale attesa da anni *contempli la distinzione fra indicazioni descrittive e misure prescrittive per una materia che deve essere sostenuta da una complessiva coerenza di sistema* e che non può essere scissa confermando il vecchio e dannoso modello a silos, che mette a rischio l'innovatività delle Case della Comunità.

L'Allegato 2 infatti limita le indicazioni prescrittive solo ad alcune linee di attività e ad aspetti specifici relativamente circoscritti: ciò comporta un approccio settoriale ed esclude normative vincolanti per settori importanti.

Le omissioni più rilevanti riguardano la mancanza di riferimenti precisi in due ambiti fondamentali per l'assetto della sanità territoriale, il distretto e le cure primarie:

- Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per i Distretti: non si fa menzione dell'assetto organizzativo che il Distretto ora dovrebbe assumere nel rinnovamento della sanità territoriale; anche la dimensione di 1 ogni 100.000 abitanti diventa opzionale. Infine si rileva che, indicando nell'allegato 1 come prima funzione del distretto la *committenza* separata dalla *produzione diretta dei servizi*, si lascia aperta la porta all'esternalizzazione e all'attribuzione a soggetti privati dei servizi stessi.
- Il DM77 non fornisce alcuna indicazione vincolante per le Cure Primarie, benché siano posizionate al primo posto nell'elenco dei servizi obbligatori per le Case della Comunità, e debbano essere garantite da équipe multiprofessionali composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, infermieri di comunità e altri. Tuttavia questa indicazione non viene tradotta in prescrizioni precise e vincolanti sulla composizione effettiva delle équipe, sulle modalità con cui, e da chi, devono essere organizzate e coordinate e sulla dotazione di personale. Non chiarisce se le dotazioni previste si riferiscano a operatori isolati o a componenti di un gruppo di lavoro. Inoltre non specifica se, e come, i medici di medicina generale debbano svolgere la loro attività nelle Case della Comunità e nelle équipe multiprofessionali. L'allegato 1 accenna solo al fatto che l'assistenza medica nella Case della Comunità deve essere svolta come *attività ambulatoriale aggiuntiva rispetto alla attività svolte dai MMG nei confronti dei propri assistiti*. In relazione a questo, le prescrizioni dell'allegato 2 sanciscono l'obbligo per la Casa della Comunità di garantire una presenza medica e infermieristica continuativa ogni giorno sulle 24 ore. A cosa serva questa presenza medica e chi vi può accedere, visto che i medici di medicina generale continuano a svolgere la loro attività nei loro ambulatori, non è chiaro. Lo stesso vale per la presenza infermieristica, che appare svincolata dal funzionamento delle équipe multiprofessionali per le cure primarie, ammesso che vengano costituite, dato che nessuna prescrizione normativa lo prevede.

In sostanza siamo lungi da una ricomposizione unitaria delle cure primarie e si prefigura un doppio binario difficilmente gestibile tra i medici di medicina generale che continuano la loro attività secondo le modalità abituali e le Case della Comunità che assomigliano a un poliambulatorio, con annesso un servizio di guardia medica o una sorta di pronto soccorso, funzionante secondo i canoni classici della medicina di attesa in barba all'enfasi posta sulla sanità d'iniziativa e sulla integrazione e prossimità delle cure. A ciò va aggiunto che non viene in alcun modo indicato come l'Infermiere di Famiglia e Comunità, e molti altri operatori (ad esempio, psicologo, assistente sociale, ostetrica), si connetta con le équipe multiprofessionali delle Case della Comunità.

Il DM77 presenta importanti incongruenze e lacune anche per altri aspetti:

- Tutto l'impianto del DM77 rimane basato sulla fornitura di prestazioni e non sulla rilevazione partecipativa dei bisogni socio-sanitari, della programmazione e presa in carico complessiva del benessere dei singoli e della comunità di cui sono parte. [...]
- Il DM77 individua l'elenco di servizi obbligatori per le Case della Comunità ma per lo più senza indicazioni operative, carenza particolarmente significativa per la salute mentale e per la salute nelle carceri.
- Il DM77 configura i singoli servizi e le singole professioni come silos separati ed autonomi. Anche le *funzioni* della sanità territoriale vengono definite come servizi, non integrati tra loro, come ad esempio l'unità di continuità assistenziale e l'assistenza domiciliare, in cui si perpetua l'impostazione dell'ADI. Manca un approccio e una visione di integrazione e trasversalità dei servizi in una logica di presa in carico e continuità assistenziale.
- La concezione basata su silos separati e a volte contrapposti favorirà inevitabilmente l'appalto di singoli settori di intervento a soggetti privati [...]

La Lettera Aperta dell'Alleanza ai Segretari-Presidenti delle Forze Politiche ed il successivo confronto pubblico

A seguito della caduta del Governo Draghi (luglio 2022) l'Alleanza ha inviato una *Lettera Aperta ai Segretari-Presidenti delle Forze Politiche*, sottoscritta anche da ulteriori 14 organizzazioni⁵, nella quale si affermava: *"Riteniamo che la Sanità Pubblica nell'ambito di un'idea di salute come progetto sociale trasversale stia a cuore a tutti e riteniamo strategico l'intervento riformatore per potenziare i Servizi Sanitari Territoriali ed in particolare il riordino delle Cure Primarie, con al centro la Casa della Comunità quale luogo di partecipazione diretta dei cittadini/persona di quel territorio e all'interno delle quali venga portato avanti il lavoro in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale, riconoscendo nel Distretto Sociale e Sanitario la cornice istituzionale-organizzativa vincolante e rigorosamente pubblica. Ciò dovrebbe rappresentare una priorità programmatica dei candidati al Parlamento"*.

Purtroppo, avendo trovato solo in parte i contenuti proposti nella Lettera Aperta nei programmi elettorali delle diverse formazioni politiche, l'Alleanza ha promosso, in data 8 settembre 2022, un confronto pubblico con i rappresentanti delle forze politiche, con la partecipazione di *Cittadinanzattiva* e *Forum Disuguaglianze & Diversità*. Durante tale incontro si è chiesto a ciascuna forza politica di indicare le motivazioni delle loro scelte e quali fossero gli impegni che intendevano assumere rispetto ad alcuni temi portati avanti dall'Alleanza. Non sono state date risposte differenziate né esplicite.

La Lettera Aperta dell'Alleanza al nuovo Ministro alla Salute

Il 26 ottobre 2022, immediatamente dopo l'insediamento del nuovo "Governo Meloni", l'Alleanza ha indirizzato al nuovo Ministro della Salute Schillaci, una Lettera Aperta:

"Gentile Ministro, le nostre associazioni sono da tempo impegnate nella difesa, nel rilancio e nel rinnovamento del Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universale. In particolare abbiamo individuato nella riforma delle Cure Primarie e nel potenziamento dell'assistenza di prossimità il cuore delle nostre proposte."

A questo proposito, riteniamo che:

- *Il SSN debba essere sorretto da risorse pubbliche e adeguate, sostenute dalla fiscalità generale a carattere progressivo;*
- *sia necessaria una nuova visione complessiva del Servizio Sanitario Nazionale sempre più integrato con i Servizi Sociali, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della Primary Health Care, come indicato dall'Organizzazione Mondiale per la Salute;*
- *il rinnovamento di tutta l'Assistenza Primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile;*
- *sia necessario dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale.*

Tali considerazioni sono ampiamente illustrate nel Libro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie, di cui ci permettiamo di farLe avere una copia.

Riteniamo che la Sanità Pubblica, nell'ambito di un'idea di salute come progetto sociale trasversale, stia a cuore a tutti. Riteniamo strategico l'inter-

vento riformatore per potenziare i Servizi Sociali e Sanitari territoriali. In particolare è cruciale il riordino delle Cure Primarie, con al centro la Casa della Comunità, quale luogo di partecipazione diretta delle persone di quel territorio e all'interno della quale venga portato avanti il lavoro in équipe interdisciplinari e in rete con il territorio e l'ospedale: si creino così le condizioni affinché sia la casa il primo luogo di cura. Tutto questo riconoscendo nel Distretto Sociale e Sanitario integrato, in quanto agenzia di salute del suo territorio, la cornice istituzionale-organizzativa vincolante, rigorosamente pubblica, per la promozione e la tutela della salute.

Riteniamo che tutto ciò debba rappresentare una priorità per il Ministro della Salute.

Ci preme sottolineare che un'ampia letteratura scientifica, già a partire dagli anni '90, ha dimostrato l'efficacia della Primary Health Care, mettendone in luce il favorevole rapporto costo-efficacia: a fronte di un investimento iniziale, produce un forte risparmio a medio e lungo termine, con miglioramento delle condizioni di salute dell'intera popolazione, riduzione delle patologie e delle complicanze e quindi anche dei ricoveri ospedalieri e degli accessi in pronto soccorso. La partecipazione in salute e l'utilizzo più appropriato dei trattamenti e delle risorse disponibili sul territorio determinano, inoltre, un aumento dell'equità in salute e dell'efficacia delle cure.

Consapevoli che un processo riformatore di tale portata sia possibile solo assicurando la più ampia partecipazione della società civile e degli attori coinvolti, ancor più non avendo riscontrato nel discorso alle Camere della Presi-

dente del Consiglio alcun cenno alla necessità di rilancio della Sanità Pubblica e di potenziamento dei servizi territoriali per la salute, manifestiamo la nostra disponibilità, auspicando che Lei voglia avviare un confronto. In questo senso Le chiediamo un primo incontro, anche in vista di un evento nazionale che vorremmo organizzare, espressamente dedicato alla Riforma delle Cure Primarie e al rilancio del SSN.

Nell'inviarLe i migliori auguri di buon lavoro, restiamo in attesa di un Suo riscontro."

Purtroppo alla lettera non è seguito alcun riscontro da parte del Ministro.

I lavori in corso dell'Alleanza

Le valutazioni e le proposte dell'Alleanza sono state presentate in più occasioni nel contesto di eventi scientifico-professionali, con specifici contributi di referenti dell'Alleanza.

L'Alleanza sta inoltre proseguendo la propria attività dando seguito a quanto annunciato sin dal primo documento di valutazioni e proposte.

In particolare, in merito al Monitoraggio dell'attuazione del DM77, l'Alleanza è impegnata nell'attivazione di un percorso di monitoraggio indipendente e pluriennale, a partire dal coinvolgimento delle realtà che hanno già avviato programmi di monitoraggio dello sviluppo dei servizi territoriali per la salute, in particolare tra le iniziative già promosse dalle organizzazioni aderenti.

Il monitoraggio è focalizzato sull'attuazione di Distretti, COT, CdC, OdC, Assistenza Domiciliare, con un orizzonte pluriennale (6 anni dal 2022) e sull'incremento delle risorse aggiuntive in deroga (che, per il personale aggiuntivo, dovrebbe andare dai 90 milioni nel 2022 ad 1 miliardo nel 2028).

Per quanto riguarda la Formazione orientata alla PHC, l'Alleanza sta promuovendo la realizzazione e diffusione di percorsi di ricerca-formazione-intervento orientati alla interprofessionalità, intersettorialità, integrazione, partecipazione comunitaria:

- orientati secondo le proposte del Libro Azzurro;
- finalizzati a sostenere il processo di Riforma delle Cure Primarie in Italia;
- interdisciplinari, intersettoriali e partecipativi;
- rivolti agli operatori di tutte le professioni, agli attori comunitari, ai cittadini;
- strutturati su una rete di percorsi formativi tra loro coordinati in un palinsesto organico;
- promossi da una rete di enti-organizzazioni-università ispirati al *Libro Azzurro* e connessi alla rete dell'*Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia*".

In tal senso l'Alleanza partecipa all'attuazione di due sperimentazioni già effettivamente avviate nel contesto di Parma e di Rimini.

Infine l'Alleanza sta aprendo una nuova linea di lavoro: coinvolgere nel percorso verso la riforma delle Cure Primarie non solo gli operatori della salute ma anche i/le "non addetti/e ai lavori", a partire dalle associazioni di malati e, più in generale, di cittadini. Il coinvolgimento dei cittadini è anche in linea con alcune premesse del DM77 dove si parla di partecipazione della comunità e One Health. Questo apre all'esigenza di produrre una versione del manifesto dell'*Alleanza* espressamente rivolta ai cittadini, caratterizzata da un linguaggio non tecnico, promuovendone la diffusione anche attraverso i canali social.

1. Sito Web dell'Alleanza: "https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia" \h
2. https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia \hLibro Azzurro per la Riforma delle Cure Primarie in Italia -"
3. https://www.google.com/url?q=https%253A%252F%252Fsites.google.com%252Fview%252Ffil-libro-azzurro-della-phc%252Fhome&sa=D&szntz=1&usg=AOvVaw3nIJ4ozWET2i-4Fu1GJu3VI
4. "https://www.who.int/health-topics/primary-health-care" \l "tab=tab_1" https://www.google.com/url?q=https://www.who.int/health-topics/primary-health-care%23tab%3Dtab_1&sa=D&source=docs&ust=1673850054886453&usg=AOvVaw2b0dVUCelrzkIU3y4K-tPQ
5. Per aderire all'Alleanza: HYPERLINK "https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia/come-aderire" \h https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia/come-aderire

Ulteriori organizzazioni che hanno sottoscritto la Lettera Aperta ai Segretari-Presidenti delle Forze Politiche: Cittadinanzattiva, Rete Salute Welfare Territorio, ISDE Italia - Associazione Medici per l'Ambiente, Medicina Democratica, Movimento NoGrazie, SOS Sanità, Forum Salute Mentale, Con/F/Basaglia, Coordinamento nazionale per la Salute Mentale, Fondazione Franca e Franco Basaglia, Psichiatria Democratica, SIEP Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, UNASAM - Unione Nazionale Associazioni per la Salute Mentale, Lisbon Institute of Global Mental Health

La segreteria dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia
Liliana Anghinelli
Alice Cicognani
Fulvio Lonati
Luciano Pletti
Claudia Zamin