

#COVER STORY

DM 77: LA TERRA PROMESSA Un nuovo modello di organizzazione territoriale ha preso il via con il Dm 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", pubblicato il 22/6/2022 in Gazzetta Ufficiale; provvedimento che con le sue declinazioni, e in coerenza con il Pnrr, persegue gli obiettivi di potenziamento dei servizi assistenziali territoriali al fine del raggiungimento della garanzia dei Lea, riducendo le disuguaglianze, e, contestualmente, costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso e omogeneo sul territorio nazionale, mediante la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali. **Le misure previste da questo disegno assistenziale dovrebbero offrire una nuova centralità all'assistenza primaria e quindi alla sanità quanto più prossima al paziente, superando la disomogeneizzazione dei servizi a livello nazionale e la presenza effettiva di servizi territoriali. Ma a che punto siamo? Quanto promesso è realizzabile? Obiettivi e ostacoli sulla strada della riforma dell'assistenza socio sanitaria territoriale**

BELLA PROSA, POCA CONCRETEZZA

Nonostante si tratti di uno degli assi portanti della riforma in Sanità prevista dal Pnrr e la medicina territoriale richiede competenze molto precise, **il modello di riferimento è farraginoso e non contiene misure sufficientemente precettive**

di PAOLA BINETTI

Se il Dm 70/2015, "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", focalizza la sua attenzione sull'Ospedale e sulla necessità di ripensare nuovi modelli organizzativi ad elevato indice di complessità, clinica e tecnologica, il Dm 71, 23 maggio 2022, n.77, concentra la sua attenzione sui servizi territoriali e contiene il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". Suo obiettivo è quello di dare piena attuazione alla riorganizzazione delle cure fuori dall'ospedale, come previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. L'entrata in vigore del Decreto 77 risale al 7 luglio 2022 e consente di fare una prima valutazione di quanto effettivamente in questi mesi è diventato operativo, andando oltre le promesse e le interpretazioni che scaturirono dalla sua prima pubblicazione. Nelle intenzioni del legislatore il Dm 70, soprattutto il nuovo Dm 70, nella

rivisitazione che risale al 2021, successiva alla pandemia, e il Dm 77, definiscono i due grandi ambiti della Sanità: l'Ospedale e il Territorio, i due aspetti fondamentali del Sistema sanitario Nazionale, ciascuno con modelli propri e con standard qualitativi specifici. Dai due diversi Decreti sarebbe dovuto scaturire quel processo di rinnovamento dell'intero Ssn, che dopo la pandemia rappresentava un'urgenza non più differibile per tutti i cittadini, provati da esperienze spesso drammatiche e non ancora sufficientemente elaborate, né a livello istituzionale, né a livello personale. Vanno considerati però come due facce di una unica medaglia, due aspetti di un unico sistema, in cui le rispettive specificità non possono indurre a sottovalutare le numerose interfacce che permettono ai cittadini di sentirsi presi in carico dal Ssn lungo tutto l'arco della loro vita.

Ma per lungo tempo la sanità si è identificata prevalentemente con l'assistenza ospedaliera, in cui ha concentrato risorse economico-organizzative, culturali e tecnico-scientifiche, il Pnrr con la Missione 6 ha voluto fare del Dm 77 l'aspetto più innovativo



Il Dm 77 pone al centro le competenze digitali del cittadino e delle aziende sanitarie e si basa su quattro concetti cardine:

1. la medicina di popolazione, cioè la promozione della salute della popolazione attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basate sull'utilizzo dei dati. Questo modello ha l'obiettivo di identificare i diversi livelli di rischio e di conseguenza di individuare gli interventi personalizzati e maggiormente appropriati da inserire nel Progetto di Salute. Il documento parla precisamente dell'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale sulla base dei bisogni socio-assistenziali, evitando quelle discriminazioni regionali che contraddicono allo spirito stesso della nostra Costituzione;

2. la sanità di iniziativa: la differenziazione delle problematiche di salute sul territorio deve tener conto delle diverse diagnosi, delle diverse età, della diversa intensità delle cure richieste, delle diversità socio-economiche, delle risorse disponibili a livello familiare, sociale e comunitario, per cui implica uno spirito di iniziativa, una creatività e una flessibilità, che non sono riconducibili a modelli rigidi, ma richiedono una costante capacità di adattamento per soddisfare le esigenze emergenti;

3. la stratificazione della popolazione per profili di rischio: consente di tracciare un Progetto di salute sia a livello individuale che di popolazione, creando un parallelismo tra la stratificazione della popolazione e la stratificazione del rischio, e quest'ultimo diventa il parametro di riferimento sistematico oltre che sistemico per la programmazione degli interventi e la gestione delle risorse; il risk management della salute in chiave territoriale assume allora un ruolo essenziale sia sotto il profilo etico che sotto quello legale;

4. il progetto di salute: è lo strumento che permette sia la gestione dei bisogni socio-assistenziali che le valutazioni di processo e di esito relative a ciascun individuo. L'approccio consente quindi due livelli di valutazione: a) quello della singola persona con cui viene definito il Progetto di Salute individuale, con tutti gli interventi correlati; b) quello di popolazione, utilizzabile per la programmazione e la verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari in chiave comunitaria. Si tratta di un Progetto che può essere Semplice o Complesso, ma in entrambi i casi spicca la necessità di competenze digitali, non solo da parte del cittadino, ma anche da parte di chi eroga i servizi sanitari, per cui si va affermando il nuovo concetto di e-health. Oltre al concetto di competenze digitali il Decreto richiama alla necessità di soluzioni digitali in grado di assicurare la produzione di documenti sanitari in formato digitale che siano condivisibili tra i diversi servizi e le diverse istituzioni. Per questo richiede la certificazione di tali sistemi informativi da parte della Regione, per assicurare i requisiti di qualità e di completezza nella produzione dei dati, ma anche la loro trasmissione e condivisione.

COVER STORY

del Programma delle sue riforme in Sanità, assai più di quanto non abbia fatto con il Dm 70, neppure nella sua nuova formulazione post-pandemia. Ad una lettura critica, fatta a distanza di due anni, il Dm 70 sembra concentrato prevalentemente sull'aumento dei posti letto nelle aree che avevano suscitato la maggiore criticità ai tempi del Covid: l'area intensiva e la sub-intensiva e non si trovano quelle spinte innovative, che sarebbe stato bene prevedere in funzione del mutato as-

setto socio-economico, tecnico-scientifico e formativo, subentrato negli ultimi anni, ben prima della pandemia.

Il Decreto n. 77, del 23 maggio 2022

Si chiama Dm 77 il documento che definisce modelli organizzativi, standard tematiche principali connesse agli interventi previsti nell'ambito della Mission 6 Component 1 del Piano Nazionale di Ripresa e "Reti di prossimità, strutture e telemedicina

per l'assistenza sanitaria territoriale". In anticipo rispetto alle scadenze previste, sono stati sottoscritti i Contratti istituzionali di sviluppo (Cis) tra il Ministero della Salute e ciascuna Regione e Provincia Autonoma. Si tratta di due importanti traguardi previsti nella Missione 6 salute del Pnrr per rendere sempre più efficace il nostro Sistema Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di garantire equità di accesso alle cure, nonché rafforzare la prevenzione e i servizi sul territorio. **Ma la Rete concreta dei servizi organizzati sul territorio per venire incontro ai bisogni di salute dei cittadini, soprattutto nelle aree della cronicità, della disabilità e della anzianità, non ha raggiunto gli standard di qualità attesi da molti e promessi dal Governo.** E per molte persone, soprattutto quelle più fragili, prevale il disorientamento e in molte famiglie si annida la delusione di chi in fondo ritiene che tocchi a loro, nell'indifferenza delle istituzioni, continuare a farsi carico di propri familiari: sul piano della assistenza socio-sanitaria e sul piano economico

In occasione della Giornata della Giustizia Sociale, la Fondazione Alberto Sordi ha promosso in collaborazione con la Regione Lazio, nella sede dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, un workshop dal titolo: "Accordi che curano: Verso un'Assistenza Domiciliare Integrata, Sociosanitaria e Sociale". Un tema di grandissima attualità che riprende in gran parte quanto contenuto nel Decreto n. 77, del 23 maggio 2022: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. La Fondazione Sordi da oltre trenta anni è impegnata nell'approfondimento dei bisogni reali degli anziani che abitano nel territorio di Trigoria. Nel tentativo di farsene carico attraverso una assistenza domiciliare il più integrata possibile, offre un'ampia rete di servizi a carattere prevalentemente sanitario, in cui sono coinvolti molti professionisti che lavorano nel Policlinico Campus Bio-Medico e un altrettanto ampia rete di volontari, che svolgono una serie di attività rilevanti sul piano sociale e socio-assistenziale. Molti relatori intervenuti nelle due sessioni del Workshop si sono soffermati sul gap tra formulazione dei principi, di alto valore etico ed umano, sociale e socioassistenziale, del disegno di legge sulla non autosufficienza, confrontandolo con quanto in realtà manca sul piano pratico concreto e corre il rischio di vanificare gli impegni descritti, analogamente a quanto accade con le altre formulazioni di legge.

“ IL PNRR CON LA MISSIONE 6 HA VOLUTO FARE DEL DM 77 L'ASPETTO PIÙ INNOVATIVO DEL PROGRAMMA DELLE SUE RIFORME IN SANITÀ ”

di costi non riconosciuti e non previsti neppure nei Lea apparentemente più favorevoli.

La struttura del Decreto, fatto salvo il riferimento ad alcune norme precedenti, appare piuttosto snella ed è riconducibile a quattro articoli. Il primo pone una distinzione fondamentale tra il valore descrittivo e quello precettivo delle varie indicazioni, contenute nei principali allegati, che hanno un valore molto diverso sul piano concreto ed applicativo e creano non poche perplessità nel momento di coglierne il peso specifico: non basta enunciare una norma se non se ne determina il valore cogente e il carattere oggettivamente prescrittivo. Il secondo articolo chiarisce i criteri e le modalità del monitoraggio che affida all'Agenas, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Il terzo articolo si riferisce alle Regioni a statuto speciale, sollecitate ad applicare il decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e il quarto articolo contiene la classica clausola della invarianza finanziaria.

Perno del sistema è il Distretto sanitario, che garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali

“ NON BASTA ENUNCIARE UNA NORMA SE NON SE NE DETERMINA IL VALORE COGENTE E IL CARATTERE OGGETTIVAMENTE PRESCRITTIVO ”



La Casa della Comunità dove i cittadini dovrebbero trovare assistenza h24

per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Il Distretto ha anche compito di committenza, produzione e garanzia dei servizi, al suo interno riveste un ruolo fondamentale la Casa della Comunità dove i cittadini dovrebbero trovare assistenza h24, ogni giorno della settimana. Restano comunque in piedi gli studi dei medici di famiglia, definiti spoke delle Case della Comunità, collegati in rete per garantire aperture h12, sei giorni su sette. **Il decreto però non chiarisce l'inquadramento giuridico dei Medici di medicina generale, sul quale ancora oggi è in atto un confronto tra Governo e Regioni.** All'interno del Distretto vi sono poi gli

Ospedali di Comunità con un forte assistenza infermieristica, decisivi per la presa in carico dei pazienti nelle fasi post ricovero ospedaliero o in tutti quei casi dove c'è bisogno di una particolare assistenza vicino al domicilio del paziente. **Gli infermieri di famiglia saranno impiegati anche in molte delle nuove strutture definite dal decreto e si pone con urgenza il problema della loro formazione, in funzione dei nuovi obiettivi.**

A coordinare i vari servizi presenti nel Distretto saranno le Centrali operative territoriali, a cui dovrebbe corrispondere un numero di assistenza territoriale europeo 116117, che i cittadini potranno chiamare per richiedere tutte le prestazioni sanitarie e socio-

sanitarie a bassa intensità assistenziale. Nel nuovo sistema di cure primarie avranno un ruolo rilevante anche le farmacie, identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi. Nel Decreto, tra gli allegati sono fissati anche gli standard per i servizi delle cure palliative, sia per gli hospice che per i servizi di assistenza domiciliare, oltre agli standard per i dipartimenti di prevenzione e per i consultori familiari.

Dalle intenzioni del Dm 77 all'esperienza che i cittadini ne fanno nella loro quotidianità

Ma di ciò di cui il Distretto dovrebbe farsi carico ai cittadini giunge, ancora oggi a 11 mesi dalla sua approvazione, solo una pallida eco, a volte difficilmente percepibile. Eppure, il Distretto dovrebbe costituire il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Asl. Deputato, attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, dovrebbe assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione. Dovrebbe



COVER STORY

garantire l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta anche sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, indispensabili per determinare una efficace presa in carico della popolazione



Nel nuovo sistema di cure primarie avranno un ruolo rilevante anche le farmacie, identificate a tutti gli effetti come presidi sanitari di prossimità dove il cittadino potrà trovare sempre più servizi aggiuntivi.

di riferimento. Vogliamo focalizzarci sulle indicazioni prescrittive previste nell'Allegato 2 del Dm 77 e chiederci quale reale forma applicativa hanno trovato negli investimenti previsti e nelle conseguenti attuazioni regionali. Il focus è sui servizi di telemedicina che sono stati oggetto di diversi provvedimenti normativi attuativi del Pnrr nel corso di quest'anno. Nel Dm 77 si richiamano, in diversi punti, gli Accordi Stato

Regioni che hanno avuto inizio con le Linee di indirizzo nazionali del 2014, a cui hanno fatto seguito, anche per esigenze dovute alla pandemia, le Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina del 17/12/2020 e quelle per l'erogazione di prestazioni e servizi di tele-riabilitazione da parte delle professioni sanitarie del 18/11/2021.

Le proposte avanzate sono state molteplici; sogni e promesse ancora di più, ma i programmi concreti stentano a decollare. La legge 234 del Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e per il triennio 2022-2024, al comma 163 afferma: "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 socio-sanitari attraverso punti unici di accesso (Pua)". Dei Pua indicano la collocazione presso le "Case di Comunità", vere e proprie articolazioni del Servizio sanitario nazionale e ne descrivevano le modalità di funzionamento. Nei Pua dovrebbero operare equi-

pe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ats. Equipe integrate per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone. Dovrebbero assicurare la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (Uvm) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, per delineare il carico assistenziale necessario 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. **Si tratta di obiettivi ad alta complessità che la norma affronta più in chiave descrittiva che prescrittiva**, tanto che non si va oltre il mero enunciato e non si riesce a tradurla in azioni concrete, come confermano i fatti che sono seguiti alla approvazione della norma. Ad esempio, sulla base della valutazione della Uvm, con il coinvolgimento della persona in condizioni di

“ CIÒ CHE APPARE ANCORA DRAMMATICAMENTE CARENTE È IL COORDINAMENTO TRA I VARI SERVIZI TERRITORIALI ”

non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata dovrebbe procedere alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (Pai), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il Pai, a sua volta, dovrebbe individuare 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 garanzia di questa integrazione multiprofessionale multidimensionale si sarebbe dovuta avvalere del raccordo informativo, anche telematico, dell'Inps. **Ma la babele dei linguaggi ancora oggi lamenta la difficoltà che i diversi sistemi informativi riescano a parlarsi tra di loro.** Ma ciò che appare ancora drammaticamente carente è il coordinamento tra i vari servizi territoriali, con il risultato che chiunque può sperimentare quando accede a quello che appare ancora come un labirinto in cui è difficilissimo orientarsi. Sembra di contemplare, senza ombra di ironia, una vera e propria utopia che non riesce a tradursi nella concretezza di ciò

che dovrebbe rappresentare la vera innovazione in Sanità, soprattutto nella sanità territoriale. Dei suoi obiettivi, non si vede traccia, se non nelle riflessioni teoriche, nei dibattiti, nei confronti tra i diversi interlocutori, e nelle pesanti lamentele dei pazienti e delle loro famiglie, decisamente insoddisfatti e fortemente in dubbio sul fatto che tutto ciò si possa realizzare in un tempo breve, nonostante la legge approvata oltre tre anni fa.

La sfida

L'integrazione sanitaria e sociosanitaria della rete dei servizi sul piano territoriale è indispensabile, e per garantirlo sono necessarie forme di monitoraggio efficaci, ma sul piano pratico questa realtà sembra che sia ancora tutta da conquistare. Ed è questa la sfida che attende per i prossimi anni tutti gli interlocutori coinvolti nel creare quella rete di servizi territoriali efficace e funzionale che il Pnrr promette e per la quale sembra disposto ad investire risorse umane ed economiche; tecniche e scientifiche; sociali e assistenziali. Serve approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo "secondo un approccio One Health".

Alcune delle principali difficoltà per la sua attuazione possono essere sintetizzate in questi punti:

- **manca 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 di Comunità che assomigliano a un poliambulatorio, con annesso un servizio di guardia medica o una sorta di pronto soccorso; senza che per queste ultime sussista nessuna misura vincolante;
- **non è accettabile che una riforma dell'assistenza territoriale confermi la distinzione fra indicazioni descrittive e misure prescrittive** in un ambito che richiede una forte coerenza di sistema e non può ripetere il vecchio modello a silos, con strutture che non comunicano tra loro;
- l'impianto del Dm77 continua ad essere 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; manca un approccio e una visione di integrazione e trasversalità dei servizi in una logica di presa in carico e continuità assistenziale.
- **la disponibilità delle risorse è stata giudicata da tutti gli osservatori insufficiente** per il mantenimento dei servizi così come sono attualmente configurati, quindi, le prescrizioni dell'Allegato 2 rischiano di rimanere velleitarie e inefficaci;
- **è necessario rivedere i programmi di formazione per le figure chiave del nuovo Sistema di assistenza territoriale;** occorre creare, a livello di ogni Distretto, anche in collaborazione con le Università, modelli formativi propedeutici allo sviluppo del lavoro in equipe multiprofessionali, con Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, e infermieri, strutturati in un servizio infermieristico di famiglia e di comunità. L'infermiere di comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma è la figura che garantisce la riposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari e sociosanitari espressi e potenziali, attualmente latenti nella comunità. Ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute, ed è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale. Servono per lui nuove specializzazioni sul piano culturale e nuovi e più espliciti riconoscimenti di ruolo sul piano professionale;
- **anche per la telemedicina servono nuovi investimenti sul piano organizzativo ed economico;** formativo e gestionale; la telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza ad altri professionisti sanitari. Rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria e consente, se inclusa in una rete di cure coordinate, l'erogazione di servizi sanitari attraverso l'uso di dispositivi digitali ad hoc.