

DM77 adottato in via definitiva:

nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie

Luglio 2022

Con il Decreto del Ministro della Salute 77 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 il nuovo allegato 2 che indica i criteri "aventi valore prescrittivo".

Alla luce di questa rilevante novità, l'[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#), che recentemente aveva formulato "[Proposte per dare attuazione al DM71 nella prospettiva della Primary Health Care](#)", aggiorna ora le proprie valutazioni e proposte.

All'Alleanza aderiscono quattordici organizzazioni^[1] che fanno proprie la visione, i contenuti e le proposte del [Libro Azzurro](#) e ritengono che il rinnovamento di tutta l'assistenza primaria italiana rappresenti un obiettivo strategico e non più rinviabile e che sia necessaria una nuova visione complessiva del Servizio Socio-Sanitario Nazionale, basato su Cure Primarie secondo l'approccio della "Primary Health Care" come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le nuove valutazioni dell'Alleanza

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 di 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 serve 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 équipes 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 di 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 o Comunità, e molti altri operatori (ad esempio, psicologo, assistente sociale, ostetrica), si connetta con le equip e 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. A tal fine non viene affrontato il nodo di avere o meno un sistema unico nazionale di valutazione dei bisogni del paziente per consentire scelte uniformi per profili di patologia nella allocazione delle risorse disponibili.
- **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, soprattutto considerando che l'intero impianto del DM 77 è subordinato per la sua attuazione operativa alla clausola di invarianza finanziaria dell'art. 4 in cui si specifica che *le regioni attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale ivi ricomprendendo le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Siccome è noto che il Piano prevede investimenti per interventi edilizi e tecnologici e non per risorse umane, con l'accezione dell'assistenza domiciliare, le regioni dovranno ricorrere alle risorse del Fondo Sanitario Nazionale per la spesa corrente. La disponibilità del Fondo è stata giudicata da tutti gli osservatori insufficiente anche per il mantenimento dei servizi così come sono attualmente configurati, quindi le prescrizioni dell'Allegato 2 rischiano di rimanere velleitarie e inefficaci come le grida manzoniane.

Le proposte dell'Alleanza

Pur a fronte delle rilevanti criticità prima esposte, e già pubblicamente espresse^[2], l'Alleanza ritiene che nel DM77 siano presenti aspetti positivi, attesi da molti anni. Ci si riferisce a quelle indicazioni attuative sull'organizzazione dei servizi territoriali per la salute che il DM77 detta in modo uniforme all'intero Paese:

- Fa riferimento al Servizio Sanitario Nazionale, indicando criteri uniformi a tutte le regioni;
- 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;
- Ricomprensive in un unico atto tutti i servizi dell'Assistenza Primaria e li riconduce al Distretto e alle Casa di Comunità (CdC).

L'Alleanza conferma pertanto la richiesta 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.

Gli obiettivi immediati

Alla luce di ciò, l'Alleanza conferma la necessità di raggiungere rapidamente gli obiettivi strategici già individuati dal DM 77, ritenendoli 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. Programmazione e graduale attivazione delle Case della Comunità Hub & Spoke, degli Ospedali di Comunità, della rete delle cure palliative, dei consultori in ragione di 1 ogni 20.000 abitanti e dei Dipartimenti di Prevenzione 1 ogni 500.000.
3. Attuazione delle Centrali Operative Territoriali – COT per ogni Distretto in ragione di 1 ogni 100.000 abitanti, della centrale operativa 116117, delle Unità di Continuità Assistenziale.
4. Attivazione dei programmi di assistenza domiciliare in attuazione dell'atto di intesa Stato-Regioni del 4 Agosto 2021.
5. Attivazione delle Unità Operative indispensabili previste dall'art. 3 quinquies d.leg.vo 229/99 in ciascun Distretto.
6. 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.
7. 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, mediante l'organizzazione del servizio infermieristico di famiglia e di comunità.
8. 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 conferma la richiesta 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).

Monitoraggio attuazione del DM77

L'Alleanza ritiene importante monitorare la progressiva attuazione a livello nazionale del DM77 nell'orizzonte pluriennale di 6 anni a partire dal 2022 del PNNR e in relazione all'attribuzione ai servizi territoriali di personale dedicato aggiuntivo in deroga (da 90 milioni nel 2022 a 1 miliardo nel 2028).

Conferma perciò l'impegno a promuovere da subito l'attivazione di un percorso di verifica indipendente pluriennale, collegandosi e valorizzando le diverse realtà che hanno avviato, o intendono avviare, programmi di monitoraggio dello sviluppo dei servizi territoriali per la salute, a partire dalle iniziative già promosse dalle organizzazioni aderenti:

- Il progetto di monitoraggio dell'attuazione delle Case della Comunità in Lombardia già avviato dall'Istituto "Mario Negri";
- Il monitoraggio promosso da "Prima la Comunità" in collaborazione con le Università di Torino, Milano "Bocconi", Milano "Cattolica", Parma, Pisa "Sant'Anna", Napoli "Federico II", Catanzaro "Magna Graecia";
- Le survey e gli osservatori realizzati da As.I.Qu.A.S in collaborazione con altre società scientifiche e le Università "Sapienza" Roma, Politecnico delle Marche "Torrette" di Ancona, Università "A. Gemelli" Roma.

Sulla base di quanto sopra l'Alleanza conferma l'impegno di rendere pubblico un Rapporto Annuale.

^[1] L'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia riunisce: Campagna Primary Health Care Now or Never; Accademia Italiana Cure Primarie; ACLI - Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani; Associazione AIFeC – Infermieri di Famiglia e di Comunità; Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete; Associazione Prima la Comunità; Associazione Salute Diritto Fondamentale; As.I.Qu.A.S, Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociale; CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto; EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association; Istituto Mario Negri; Movimento Giotto; SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica; Slow Medicine.

^[2] Revisione delle cure territoriali (Sole 24 Ore Sanità) - Documento di indirizzo del consiglio nazionale della CARD (Quotidiano Sanità) - DM71. Quale Modello? (SaluteInternazionale)