

Fulvio Lonati

La Lombardia ha recepito prima delle altre Regioni il DM77, individuando il Distretto come cardine dell'organizzazione territoriale. Sarà vera svolta?

La Giunta Lombarda ha recentemente **deliberato un nuovo modello organizzativo dei servizi sanitari territoriali** con la DGR 6760[1], recependo con tempestività i contenuti del "DM77"[2]. L'assetto delineato apparirebbe **non sintonico con il consolidato modello lombardo**. La DGR **introduce infatti elementi, sorprendentemente nuovi, chiaramente orientati a territorializzare i servizi in una visione di comunità**. Un modello cioè alternativo all'attuale, centrato sull'ospedale, sulle *eccellenze* e sulle *super-specialità*, su una *libertà di scelta* che allontana il cittadino dalla propria comunità per scegliere le *prestazioni* che ritiene migliori, anche se lontane, e che non radica gli *erogatori* ad alcun territorio per meglio *competere*.

Quali sono i nuovi elementi, a giudizio di chi scrive positivi, introdotti dalla DGR?

Innanzitutto individua il **Distretto come cardine dell'organizzazione territoriale**, che:

- *“assume un ruolo strategico di gestione e coordinamento organizzativo e funzionale della rete dei servizi territoriali”*;
- ha compiti di *produzione* (effettua direttamente servizi), di *committenza* (governa gli attori convenzionati-accreditati) e di *garanzia dei servizi* (è il responsabile a livello locale).

La DGR prevede in ogni Distretto due o più Case della Comunità (CdC), almeno un Ospedale di Comunità e una COT - Centrale Operativa Territoriale. Inoltre incarica il Direttore di Distretto di presidiare funzioni nodali:

- organizzazione delle attività;
- integrazione delle diverse componenti sanitarie e socio-sanitarie;
- sviluppo dell'assistenza primaria attraverso il coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra Medico di Medicina Generale (MMG) e di Continuità Assistenziale (MCA), Pediatra di Libera Scelta (PLS), Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), attività specialistiche ambulatoriali;
- raccordo con i servizi sociali dei comuni;
- diffusione delle informazioni.

Si tratta della quasi letterale trascrizione di contenuti del *DM77* ma, aspetto non secondario, dal *non essere criterio vincolante* per il Ministero, la centralità del Distretto diventerebbe elemento obbligatorio in Lombardia.

La DGR afferma poi che ***“la CdC rappresenta il modello organizzativo e di servizio che rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento e l’attivazione di logiche e processi di sanità di iniziativa”***. Ovvero, la CdC: è un modello di *servizio*, non di *erogazione*; ha una *popolazione di riferimento*, cioè un proprio territorio ed una propria comunità; è orientata alla *prossimità* dei servizi; non attende il manifestarsi dei problemi ma è proattiva. Quindi, benché il modello sia centrato sulle attività sanitarie (peraltro in consonanza con il *DM77*), si delinea in modo chiaro una mission orientata a *territorializzare* il Servizio Sanitario nello specifico contesto locale. Di seguito alcuni tra i contenuti della DGR orientati in tal senso, citati testualmente:

- “La CdC promuove un modello di intervento e di gestione multidisciplinare, garantendo la progettazione integrata di interventi di carattere sociale e di integrazione sociosanitaria e rappresentando uno strumento attraverso cui coordinare diversi servizi offerti sul territorio”.
- “La CdC deve costituire stimolo ad uno sviluppo dei modelli associativi ed erogativi della medicina di famiglia e dell’interazione e integrazione dei diversi professionisti coinvolti nell’Assistenza Primaria” indicati specificamente: MMG, PLS, MCA, IFeC, personale amministrativo di supporto, Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
- “L’IFeC è la figura professionale che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella CdC in cui opera, perseguendo l’integrazione”.
- “L’offerta ambulatoriale e di diagnostica sarà volta a superare un approccio puramente prestazionale in favore di un approccio integrato” e “Le agende della specialistica e della diagnostica saranno per la maggior parte dedicate ai MMG/PLS appartenenti alle AFT [Agregazioni Funzionali Territoriali] afferenti alla CdC”.
- “Presenza nella CdC di altri servizi, tra cui quelli per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza, le cure palliative, la medicina dello sport, le attività consultoriali, i programmi di screening e le vaccinazioni”.
- “Ogni CdC deve prevedere un Punto Unico di Accesso [...] uno dei luoghi dell’integrazione sociosanitaria, professionale e gestionale; come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.”
- “La CdC costituisce il luogo ove valorizzare e potenziare la rete della community care stabilendo collegamenti con le Associazioni di Volontariato e del Terzo Settore e con le

reti sociali informali”.

Nella DGR rimane aperto il problema della collocazione organizzativa dei MMG, irrisolvibile senza una radicale revisione del relativo Accordo Collettivo Nazionale, e si individua la seguente formula organizzativa: *“Le CdC sono il riferimento dei professionisti riuniti in una o più AFT afferenti ad una CdC. Le AFT costituiscono il tessuto organizzativo nel quale i MMG, PLS, MCA creano le condizioni funzionali per attuare lo sviluppo dell’assistenza primaria in riferimento a obiettivi definiti e condivisi”*.

Anche il rischio che l’ADI sia erogata in modo autonomo all’esterno della CdC^[3] viene in qualche modo recuperato: *“L’ADI, sia se erogata in forma diretta dalla ASST sia se erogata attraverso soggetti accreditati e a contratto, si coordina sistematicamente e secondo protocolli condivisi con gli IFeC, che svolgono un ruolo di case manager e di committente sul produttore interno o esterno garantendo un tensore all’efficacia e all’integrazione delle cure”*.

Un vero cambio di rotta?

Quale può essere la motivazione della distonia tra l’assetto dei servizi territoriali per la salute delineato dalla DGR ed il modello lombardo consolidato?

Regione Lombardia, per poter accedere senza inghippi ai finanziamenti straordinari previsti dal PNRR, potrebbe avere recepito *ad abundantiam* i contenuti del DM77; tuttavia, al recepimento formale potrebbe seguire solo un’attuazione minimale, con cambiamenti che risulterebbero compatibili con il modello di servizio sociosanitario regionale consolidato. Il sospetto che questa possa essere l’interpretazione della distonia trova una conferma nel riscontro della celere attivazione, ma solo formale, delle CdC in Lombardia: ad oggi ne sono state inaugurate 22^[4] ma, di fatto, si tratta di presidi territoriali preesistenti ai quali è stata solo apposta la targa *Casa della Comunità*, senza potenziare alcun servizio e senza introdurre alcuna nuova modalità operativa.

Va comunque sottolineata la capacità del DM77, con la spinta dei finanziamenti del PNRR, di indurre cambiamenti nelle regioni. Nel caso della Lombardia, oltre alla DGR oggetto di questo contributo, tale spinta ha indotto il ridisegno dei territori dei Distretti, correttamente dimensionati sui 100.000 abitanti e per lo più coincidenti con gli Ambiti Sociali Territoriali (o, per le città più grandi, coincidenti con i comuni o i municipi): PNRR-DM77 sono cioè riusciti ad indurre il superamento dei *mega-distretti* istituiti con la LR 23 del 2015^[5] che aveva svuotato di fatto i Distretti, facendoli coincidere con le Asl (ASST nella declinazione ambrosiana).

Generalizzando, è prevedibile che le regioni, dietro la spinta del PNRR-DM77, adottino atti normativi che ridisegnano i servizi territoriali per la salute nella direzione delle CdC; tuttavia è altrettanto prevedibile il rischio che a ciò corrisponda una attuazione minimale e svuotata di significato.

E allora: che fare?

La prevedibile adozione da parte delle regioni di atti normativi che ridisegnano i servizi territoriali per la salute ritengo possa e debba essere colta da comuni, sindacati, organizzazioni sociali-politiche, cittadini tutti come una **straordinaria opportunità per rivendicare, con decisione e ad alta voce, l'attuazione**, non solo strutturale quanto organizzativa e *di visione*, di tutto ciò che viene formalmente deliberato.

Puntare ad obiettivi immediati

Da subito ritengo si debba **pretendere che nel territorio di ciascuna CdC si avvii immediatamente il processo di riordino organizzativo-operativo dei servizi territoriali per la salute**; e da subito si possano individuare, e rivendicare, obiettivi strategici immediatamente raggiungibili, quali ad esempio:

- L'avvio di **incontri periodici delle equipe multiprofessionali-intersectoriali in ciascuna CdC**, inaugurata o futura, MMG e operatori sociali dei comuni compresi;
- La costituzione di **comitati intersectoriali del territorio**, per iniziare ad affrontare i problemi della salute in modo partecipativo.

Concludo rimandando agli **obiettivi immediati, raggiungibili entro il 2022, proposti dall'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia**[\[6\]](#), cui aderiscono 15 organizzazioni che fanno proprie la visione, i **contenuti e le proposte del Libro Azzurro**[\[7\]](#), organizzazioni che 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”*.

Fulvio Lonati, Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete -Salute a Km 0

[\[1\]](#) Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione

del decreto 23 maggio 2022, n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6760-legislatura-11>

[2] Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale -

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

[3] Lombardizzare il Servizio Sanitario Nazionale - Salute Internazionale -

<https://www.saluteinternazionale.info/2021/09/lombardizzare-il-ssn/>

[4] Una sanità territoriale più vicina e accessibile - Sito web Regione Lombardia -

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/sanitaterritoriale>

[5] Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo -

<https://normelombardia.consiglio.regione.lombardia.it/NormeLombardia/Accessibile/esportaDoc.aspx?type=rtf&iddoc=lr002015081100023>

[6] DM77 adottato in via definitiva: nuove valutazioni e proposte dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie -

<https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia/nuove-valutazioni-e-proposte-dellalleanza-al-dm77>

[7] Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia -

<https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/home>