

PER UN SISTEMA DI ASSISTENZA PRIMARIA INTEGRATO E DI PROSSIMITÀ

PIATTAFORMA DI PROPOSTE PER IL PNRR

1. CONFCOOPERATIVE SANITÀ: IDENTITÀ e VISIONE

1.1 CHI SIAMO

Confcooperative Sanità è la Federazione che rappresenta le cooperative di medici, di farmacisti, di professionisti sanitari e sociosanitari, nonché gli enti mutualistici operanti nell'area della sanità integrativa, aderenti alla Confederazione delle Cooperative italiane¹, la principale organizzazione di rappresentanza della cooperazione italiana. Si tratta di professionalità diverse ed apparentemente distanti, unite tuttavia da un importante fattore comune: sono tutti operatori impegnati sul terreno dell'assistenza primaria.

1.2 LA VISIONE

L'assistenza primaria è un sistema compiuto di servizi extraospedalieri, con al centro il cittadino e la sua quotidianità; essa costituisce un tassello fondamentale per completare l'architettura del Servizio Sanitario Nazionale e per rinsaldarne, al contempo, le basi.

In quest'ottica l'azione di Confcooperative Sanità, quale soggetto di rappresentanza, si è rivolta allo sviluppo di sinergie tra i professionisti del territorio attraverso il modello societario cooperativo non vocato all'utile, per la costruzione di network di assistenza primaria, integrati e multiprofessionali, per la presa in carico dei bisogni assistenziali dei cittadini in un quadro di partnership e di complementarità con il sistema pubblico.

2. COSTRUIRE L'ASSISTENZA PRIMARIA: RIFLESSIONI E PROPOSTE SUL PNRR

2.1 PREMESSA

Confcooperative Sanità riconosce l'opportunità epocale offerta dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza per realizzare un ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale e, più in generale, del modello di welfare del Paese, ormai improcrastinabile.

In particolare, la Missione 6 Componente 1, in una lettura sinergica con la Missione 5 Componente 2, ha il merito di aver individuato con chiarezza gli elementi strategici per una transizione verso un sistema di cura e di assistenza a "trazione territoriale": reti di prossimità, presa in carico, centralità del domicilio, integrazione tra sociale e sanitario, continuità tra ospedale e territorio, modalità di intervento organiche a favore delle fragilità sociosanitarie.

Tali indirizzi strategici sono stati recepiti e declinati, sul piano legislativo, dal **Decreto Ministeriale 77/2022**² e dalla recente **Legge n.33/2023**³, ambedue riforme *milestone* del PNRR che prefigurano un nuovo assetto del SSN e del welfare sociosanitario. Nondimeno, rispetto alle linee di investimento M6.C1, Confcooperative Sanità ha messo in evidenza, a più riprese, alcuni elementi generali di problematicità circa le misure contenute nel Piano:

- un'attenzione focalizzata soprattutto sulla realizzazione/ristrutturazione di strutture afferenti ai Distretti, piuttosto che sul potenziamento dei servizi che essi sono chiamati a garantire;

¹ La Federazione rappresenta circa 400 enti aderenti a Confcooperative, che realizzano un giro d'affari aggregato pari a oltre 10,5 miliardi di euro. I soci delle cooperative sono circa 140.000. L'indotto occupazionale è pari a 25.000 unità.

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

³ Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

- l'estensione, a livello nazionale, di modelli con precise connotazioni regionali (tosco-emiliane le CdC, venete gli OdC), con il rischio di possibili "fenomeni di rigetto" in territori diversi per conformazione orografica, demografica e storia organizzativa;
- una visione fortemente strumentale del privato accreditato (di cui risente, in particolar modo, il DM 77) che può invece gestire e già si occupa di fornire, in una logica partenariale e complementare, servizi e soluzioni assistenziali di successo da connettere in chiave funzionale con i presidi pubblici;
- una generale sottovalutazione della carenza strutturale di personale medico, sanitario e sociosanitario, che può compromettere l'operatività a regime delle nuove strutture.

Alla luce di quanto sopra, pur nella consapevolezza dei margini molto ristretti di modifica del Piano, **si avanzano una serie di istanze e proposte puntuali che, nella visione di Confcooperative Sanità, possono contribuire alla realizzazione degli obiettivi e delle misure del PNRR anche con diversi elementi di innovazione.**

2.2 ASSISTENZA DOMICILIARE: GARANTIRE UNA PRESA IN CARICO CONTINUATIVA (RIF. M6C1.2.1)

L'assistenza domiciliare in Italia è un servizio che soffre di un ritardo storico, sia sotto il profilo quantitativo, con una percentuale nazionale di over-65 presi in carico che segna (anno 2022) un 3,27%, (a fronte di dati europei con valori tripli o addirittura quadrupli), sia in termini di continuità/intensità delle cure garantite a domicilio, con una media nazionale di sole 16 ore/anno di assistenza per over-65 trattato. Ambedue gli aspetti, tra l'altro, sono influenzati da una notevole variabilità regionale.

In questo senso, il PNRR ha il grande merito di aver individuato la domiciliarità quale snodo strategico su cui costruire percorsi assistenziali territoriali prevedendo un finanziamento importante, a cui si aggiunge quello garantito dal Decreto Cura Italia, per portare la quota di over-65 assistiti a domicilio al 10% della popolazione di riferimento (si veda tabella 1).

Uno stanziamento complessivo nel quadriennio 2022-2025 pari a 4,7 miliardi, con un picco nell'ultimo anno che arriverà a sfiorare 1,6 miliardi di euro a fronte di un bacino di utenza di circa 1,5 milioni di anziani.

Tabella 1 Quadro complessivo risorse ADI ed assistiti quadriennio 2022-2025

	2022	2023	2024	2025	
Risorse da PNRR	85.441.060	540.366.828	994.410.980	1.099.781.133	2.720.000.000
Risorse da DL 34 (commi 4 e 5)	500.028.624	500.028.624	500.028.624	500.028.624	2.000.114.497
TOTALE RISORSE PER ANNO	585.469.684	1.040.395.452	1.494.439.604	1.599.809.757	4.720.114.497
Base assistiti ADI 2019	645.590	645.590	645.590	645.590	
Target progressivo Pazienti over> 65 PNRR	296.000	526.000	755.554	808.827	
TARGET TOTALE PAZIENTI > 65	941.590	1.171.590	1.401.144	1.454.417	

Come anticipato, è tuttavia essenziale che il potenziamento dell'ADI avvenga sia rispetto al bacino di utenza che in termini di continuità/intensità delle cure erogate, altrimenti si rischia di riproporre una logica prestazionale con un numero di accessi/anno del tutto inadeguati a configurare un'autentica presa in carico, e quindi anche ricadute positive a livello di risparmi rispetto alla spesa ospedaliera.

Realizzare un modello di presa in carico domiciliare continuativa, che garantisca mediamente 15-20 ore/mese di assistenza per ciascun utente trattato, attraverso un mix di interventi di profilo sanitario, sociosanitario e sociale, gestiti da soggetti accreditati in grado di erogare in modo organico ed integrato i servizi.

Una prospettiva che realizzerebbe un sistema assistenziale realmente fondato sul principio "*casa come primo luogo di cura*" la cui attuazione, tuttavia, ha bisogno di due condizioni.

- La prima riguarda l'attuazione degli indirizzi nazionali in materia di autorizzazione/accreditamento delle cure domiciliari, rispetto alla quale la maggioranza delle Regioni è in ritardo: da un monitoraggio realizzato dalla scrivente Federazione, se si escludono sei Regioni che avevano adottato già prima del

2021 un modello di cure domiciliari accreditate⁴, le restanti sono ancora alle prese, con differenti gradi di avanzamento⁵, **con un percorso di attuazione/adequamento che doveva avvenire entro agosto del 2022. Il rischio è che il protrarsi di tali ritardi infici lo sviluppo del sistema imprenditoriale chiamato a partecipare all'erogazione di tali servizi.**

- Il secondo elemento, che si approfondirà di seguito, riguarda invece la **carenza di personale**.

2.2 UN INVESTIMENTO SULLE RISORSE UMANE: FORMARE L'OSS-FC (RIF. TRASVERSALE M5 e M6)

Come evidenziato, la carenza di personale medico, sanitario e sociosanitario rappresenta una delle principali criticità che il SSN dovrà affrontare con estrema tempestività, sia per stabilizzare gli organici fortemente sottodimensionati negli ospedali, sia per realizzare quei servizi sul territorio essenziali proprio per garantire un'alternativa al percorso ospedaliero.

Il tema delle risorse umane è dunque ineludibile per qualsiasi ipotesi di riassetto della sanità territoriale.

Ciò suggerisce l'adozione di una duplice strategia:

- da una parte, recuperare ed incentivare l'attrattività delle professioni mediche, sanitarie e sociosanitarie attraverso adeguate politiche di incentivo, di benessere organizzativo e prospettive di sviluppo professionale;
- dall'altra, rafforzare la capacità di risposta sul piano sociosanitario, che rappresenta una parte rilevante del bisogno assistenziale.

Per tale ragione si ritiene essenziale implementare, a livello nazionale, la figura dell'operatore sociosanitario con formazione complementare in assistenza sanitaria (OSS-FC), profilo già disciplinato nel nostro ordinamento⁶ e che, a partire da una formazione complementare in aree specificamente sanitarie, potrebbe utilmente operare nei diversi setting dell'assistenza primaria, compreso il domicilio, coadiuvando la figura infermieristica di riferimento ed agendo, rispetto ad alcuni spazi di operatività, su indicazione e sotto la supervisione di quest'ultima.

Come Confcooperative Sanità si è stimato che la sola assistenza domiciliare, per sostenere un incremento del bacino di utenza di circa 800.000 unità funzionale al raggiungimento dell'obiettivo del 10% di ultrasessantacinquenni presi in carico previsto nel PNRR/DM77, garantendo al contempo livelli di intervento in linea con gli standard europei e coerenti con i principi della legge 33/2023 sugli anziani (pari a 200-240 ore/anno; si veda 2.2) richiederà l'impiego di 112.000 unità di personale.

Per raggiungere l'obiettivo fissato nella linea di investimento 1.2.1 (ADI) prevedere, nell'alveo del PNRR, un investimento orizzontale (M5; M6) volto a finanziare una campagna nazionale di formazione di OSS-FC, ripartendo tra le regioni il fabbisogno di operatori, e le relative risorse, in base alla popolazione anziana ultrasessantacinquenne.

Una soluzione che consentirebbe di contrastare con efficacia, ed in modo tempestivo, il deficit di risorse professionali nell'area sociosanitaria acuitosi progressivamente negli ultimi anni, e che inoltre porterebbe un importante indotto in termini di occupazione qualificata in quell'area di servizi che L'Unione Europea definisce "white economy"⁷.

⁴ Si tratta di Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Toscana e Sicilia.

⁵ Cinque regioni (Campania, Marche, Piemonte, Puglia, e Sardegna) hanno assunto l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto 2021 e stanno lavorando sulle regole essenziali di ingaggio degli erogatori; otto regioni (Valle d'Aosta, Veneto, PA Bolzano Umbria, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria) hanno recepito l'Intesa ma non risultano atti successivi; Friuli-Venezia Giulia e PA Trento non risulta abbiano ancora recepito l'Intesa.

⁶ Accordo del 16 gennaio 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 3 marzo 2003, n.51, tra il Ministro della Salute, il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

⁷ Termine con il quale si intende l'insieme di tutti i settori che producono, fanno ricerca, commercializzano e offrono beni e servizi di natura sanitaria e sociosanitaria.

2.3 STABILIRE REQUISITI ORGANIZZATIVI PER GLI EROGATORI DI CURE DOMICILIARI (RIF. M6. C1.2.1)

Le cure domiciliari sono state, negli ultimi anni, oggetto di interventi legislativi sostanziali, in virtù della loro funzione strategica nell'ambito del complessivo sforzo di rafforzamento della sanità di territorio di cui il PNRR rappresenta la cornice.

A tal riguardo, la legge di Bilancio per il 2021 (l. 178/2020, art.1 comma 406) ha esteso il trinomio autorizzazione/accreditamento/accordo contrattuale alle cure domiciliari, traghettandole al di fuori del sistema delle gare d'appalto, che aveva generato nel tempo forti sperequazioni regionali (e spesso all'interno delle medesime regioni) in termini di esigibilità e qualità del servizio offerto.

Successivamente, con l'Intesa in Conferenza Stato-Regioni del 4 agosto 2021, sono stati identificati requisiti omogenei e coordinati a livello nazionali per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati erogatori di cure domiciliari, fornendo un quadro unitario volto ad armonizzare le normative regionali in materia.

Come si è anticipato, tuttavia, la maggioranza delle Regioni al momento è in ritardo rispetto alle tempistiche fissate dall'Intesa (si veda 2.2); non solo, ciascuna di esse sta declinando in modo differente meccanismi e standard per il conseguimento dell'accreditamento da parte degli operatori interessati.

Al di là delle insopprimibili differenziazioni territoriali, c'è almeno un aspetto che le regole in corso di definizione a livello regionale dovrebbero necessariamente prevedere: **la capacità di ogni erogatore accreditato di assicurare una base di offerta continuativa a stabile nel tempo, garantita dal possesso di specifici parametri organizzativi e professionali.**

Ricomprendere nei sistemi di regole regionali per l'accreditamento delle cure domiciliari specifici requisiti in termini di pianta organica, che correlino l'effettiva capacità di offerta del soggetto accreditato con il bacino di utenti, e conseguentemente con il budget, assegnato dal Distretto.

L'individuazione di simili parametri⁸ rappresenta una garanzia per il soggetto Committente (e quindi per l'utente) rispetto alla qualità del servizio ed alla capacità di presidio del territorio dell'accreditato il quale, a sua volta, con un'assegnazione di budget definita, può programmare il proprio sviluppo imprenditoriale ed investire nello sviluppo delle risorse professionali.

2.4 ELABORARE PDTA DOMICILIARI PER LE PRINCIPALI CLASSI DI PATOLOGIA CRONICHE (RIF. M6C1.2.1 e M6C1.3)

Le cure domiciliari sono classificate dal Decreto di revisione dei LEA del 2017 in quattro livelli, sulla base di un Coefficienti d'Intensità Assistenziale (CIA) che rappresenta, semplicemente, il rapporto tra giorni in cui si effettua almeno un accesso ed il numero di giornate previste dal Piano di Assistenza Individuale.

Si tratta di un parametro grezzo, ispirato ad una logica evidentemente prestazionale, inadeguato a rappresentare situazioni che richiedono un'azione di presa in carico globale e continuativa dell'assistito e a cui sono collegate tariffe spesso sottodimensionate rispetto alle esigenze di interventi clinici, assistenziali, riabilitativi e socioassistenziali.

In questo senso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare richiede la definizione dei profili di "paziente tipo" a cui essa si rivolge, attraverso un'analisi avanzata dei flussi informativi a disposizione (si veda 2.6), in base ai quali costruire **protocolli domiciliari integrati e multiprofessionali di intervento specialistico** rispetto alla patologia primaria dell'utente.

⁸ Un esempio potrebbe essere il «posto ADI standard» corrispondente alle risorse necessarie per assistere un paziente di media complessità assistenziale 3 volte a settimana, introdotto con la DCA 283/2017 Regione Lazio.

Le sei classi di patologie sui cui costruire i PDTA sono: malattie metaboliche (diabete), patologie oncologiche, cardiopatie, malattie respiratorie croniche, patologie reumatiche e osteoarticolari, demenze.

Per l'evoluzione dell'ADI, come previsto nel PNRR nel target relativo alla analisi dei flussi informativi, occorre realizzare una profilazione degli utenti rispetto alle principali classi di patologie croniche sui cui costruire Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) a cui collegare specifici pacchetti tariffari (DRG domiciliari).

2.5 POTENZIAMENTO DELLA RETE DI PROSSIMITÀ (RIF. M6C1.1)

La linea di investimento 1.1 (*Case della Comunità e presa in carico della persona*) è rivolta al rafforzamento dei distretti delle ASL, al fine di dotarli di una serie di presidi territoriali ad essi organizzativamente e funzionalmente connessi che dovrebbero rappresentare gli snodi di accesso alla rete dei servizi.

Come già anticipato in premessa, tale misura rappresenta un poderoso intervento di edilizia sanitaria rispetto al quale permangono, a giudizio di Confcooperative Sanità, alcuni interrogativi in ordine all'effettiva prossimità al cittadino di tali strutture.

È evidente che la previsione contenuta nel DM 77 di una CdC Hub ogni 40.000/50.000 abitanti, in un Paese in cui l'85% dei Comuni ha meno di 10.000 abitanti⁹, pone qualche dubbio sulla reale accessibilità soprattutto per gli utenti in condizioni di fragilità sociosanitaria (anziani soli, disabili privi di sostegno familiare, etc.) e/o residenti in aree svantaggiate oppure lontane dai principali centri urbani.

Tuttavia, la sanità territoriale non è all'anno zero; ai numerosi presidi delle ASL già esistenti si affiancano la medicina generale, la rete delle farmacie, le strutture ed i servizi offerti dal privato e, in particolare, dal Terzo Settore, che costituiscono un patrimonio da valorizzare.

In tal senso le 20.000 farmacie italiane sono ormai riconosciute dal cittadino, nella visione propria della farmacia dei servizi, come articolazioni di prossimità del SSN.

Investire sulla farmacia dei servizi quale proiezione delle Case di Comunità sul territorio, in grado di intercettare i bisogni assistenziali, di erogare determinate prestazioni (diagnostica primo livello, vaccinazioni, interventi di screening, etc.) oppure di mettere in collegamento l'utente con l'offerta presente sul territorio anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per questa ragione Confcooperative Sanità ritiene necessario allargare l'orizzonte oltre il perimetro del pubblico interconnettendo, nel quadro dell'architettura prevista nel PNRR/DM77, le case di Comunità con la farmacia e con gli altri modelli realizzati dal privato in un'ottica di complementarità e sussidiarietà con il SSN, avvalendosi di forme avanzate di collaborazione pubblico-privata.

2.6 CONSOLIDAMENTO DEI PERCORSI TECNOLOGICI PER LA MISURAZIONE DEGLI ESITI (RIF. M6C1.3)

In epoca di Quarta Rivoluzione Digitale è più che mai evidente che il possesso, la capacità di raccolta, gestione ed elaborazione dei dati rappresenta una funzione essenziale per valutare l'efficacia di qualsiasi misura di policy.

È dunque impellente che tutti gli attori di sistema, pubblici e privati, si dotino e condividano strumenti tecnologici, sistemi informativi e metodologie di valutazione.

⁹ Su 7903 Comuni italiani solo 200 hanno più di 40.000 abitanti mentre ben 6701 presenta una popolazione al di sotto delle 10.000 unità.

Si tratta di una condizione necessaria per disporre delle informazioni essenziali per elaborare, a partire da protocolli assistenziali standardizzati (si veda 2.4) PAI realmente aderenti ai bisogni sociosanitari, nell'ottica di costruire un modello di FSE non solo sanitario ma sociosanitario, sartorializzando gli interventi sulle esigenze del singolo assistito e fissando in base ad esso target personalizzati in termini di outcome di salute.

Coinvolgere tutti gli attori di sistema in percorsi di “upgrade” tecnologico funzionali ad alimentare un sistema di monitoraggio degli outcome degli interventi erogati in termini di recupero e/o mantenimento dello stato di salute degli assistiti, anche in una logica di health assesment (valutazione costi/benefici).

2.7 RAFFORZAMENTO DELLE INFRASTRUTTURE SOCIALI PER LA RIABILITAZIONE, L'INSERIMENTO LAVORATIVO E L'INCLUSIONE SOCIALE DI SOGGETTI SVANTAGGIATI (RIF. M5C2.1)

Il panorama dei servizi alla persona presenti sul territorio, sebbene offra ambiti ben strutturati e standardizzati in cui la risposta soddisfa a pieno i bisogni di incremento delle autonomie e di mantenimento delle abilità, non sempre risponde al bisogno ed alla gratificazione connessa al riavvicinamento/inserimento nel mondo del lavoro.

I servizi di inserimento lavorativo delle categorie svantaggiate, purtroppo, sono oggi in grave difficoltà nel trovare risposte e collocazioni lavorative adeguate, in un momento storico in cui il mondo produttivo ed economico è in grande sofferenza, con conseguenti forti frustrazioni della persona e della sua famiglia.

In virtù di ciò gli Enti del Terzo Settore, che hanno tra le proprie finalità statutarie anche la gestione dell'intero circuito virtuoso terapeutico-riabilitativo e di inclusione-reinserimento sociale, potrebbero essere destinatari di una misura volta a rafforzare le strutture che operano in tale area di bisogno.

Finanziare interventi di ammodernamento o la nuova realizzazione di infrastrutture sociali, anche sperimentali, con annesse dotazioni strumentali e tecnologiche, finalizzate ai processi di riabilitazione psicosociale, inserimento lavorativo e inclusione sociale di soggetti svantaggiati.

Queste infrastrutture hanno la finalità di creare opportunità laboratoriali, formative e di *work in progress* permanente per minori e adulti in difficoltà, con capacità lavorativa inferiore al 60%.

L'obiettivo della misura si rivolge, in linea generale, a persone che hanno già usufruito di un percorso di valutazione da parte dei servizi sociali e dei servizi territoriali ASL o in carico a strutture accreditate presso il SSN che devono creare le condizioni di continuità assistenziale. Tutti soggetti che ad oggi non risultano idonei ad un percorso di inserimento o tirocinio lavorativo in quanto portatori di disabilità fisica e/o psichica, che esprimono un desiderio ed una motivazione al lavoro ma non risultano inseribili al lavoro “produttivo” anche in cooperativa sociale.

Le persone coinvolte sono comunque in possesso di adeguate autonomie cognitive e relazionali residue e, se da un lato non raggiungono un livello di professionalizzazione tale da consentirgli l'accesso a percorsi di inserimento o di tirocinio lavorativo e risultano incollocabili presso servizi di tipo socioassistenziale, dall'altro esprimono la volontà, il desiderio e la motivazione ad auto-realizzarsi attraverso il lavoro.