



PER UNA NUOVA E INTEGRATA ASSISTENZA SANITARIA E SOCIOSANITARIA TERRITORIALE

Ognuna delle nostre organizzazioni svolge specifiche attività in coerenza con le proprie finalità statutarie e ha rapporti autonomi con le istituzioni locali e regionali. Ci accomunano valori e obiettivi che ispirano il nostro agire. Insieme cogliamo l'esigenza di dare un contributo per la crescita della consapevolezza e della partecipazione dei cittadini e della comunità locale a un rilancio e rafforzamento del nostro SSN e regionale che vogliamo pubblico e ispirato a principi di universalità ed equità. E' questo il senso e il contributo che intendiamo dare con il nostro documento unitario.

La pandemia ci ha fatto toccare con mano e suscitato un larghissimo consenso sull'assoluta necessità e urgenza di un rilancio e rafforzamento del nostro servizio sanitario nazionale, a partire da una riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociale. Le risorse economiche impegnate con il PNRR, anche se non sufficienti, rappresentano un'occasione straordinaria per avviare questo percorso che non possiamo assolutamente sprecare.

Tuttavia non mancano motivi di preoccupazione .

Il nostro timore, avvalorato anche dalla mancata copertura delle spese effettuate dalle Regioni per il Covid 19, è che vi sia il rischio di un ritorno a un defianziamento della spesa ordinaria del SSN . Buone notizie non ci arrivano neanche dal DEF. Se poi si aggiungono le maggiori spese insopprimibili legate agli aumenti di costo per tariffe e servizi , crescono le difficoltà nel garantire il diritto ad avere adeguate prestazioni e per affrontare tutte quelle criticità che la stessa pandemia ha messo in evidenza e , per certi aspetti, aggravato. Un'altra forte criticità riguarda il personale sanitario, che, soprattutto in alcune professioni e comparti, manifesta carenze drammatiche- E' quanto mai urgente un piano straordinario di investimenti, ma anche di interventi di tipo organizzativo e di valorizzazione delle risorse.

Ci preoccupano anche certe dichiarazioni di esponenti dell'attuale governo di riconsiderare quanto previsto e già in fase di attuazione relativamente all'assistenza territoriale e, nello specifico sulle case della comunità. Crediamo che la riorganizzazione dell'assistenza territoriale debba riconfermare le ragioni e gli indirizzi organizzativi che hanno portato a considerarla come elemento essenziale del rilancio del SSN. Aggiungiamo che , senza un pieno coinvolgimento e una più ampia e consapevole partecipazione sia dei cittadini che dei professionisti, c'è il rischio che anche la case della comunità rimangano dei poliambulatori e strutture erogatrici di servizi e prestazioni.

Anche in virtù delle scelte già fatte, delle esperienze in atto e del dibattito su questo tema che anche in questi mesi si è sviluppato a livello istituzionale e nella società toscana, con un importante contributo sia da parte delle organizzazioni sindacali sia del sistema di partecipazione delle associazioni dei cittadini, chiediamo che la Giunta Regionale dia celermente seguito all'impegno assunto nella recente intesa con le OO.SS., ovvero che nella definizione e approvazione del provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale per il recepimento del DM. 77/2022 ci sia un reale coinvolgimento, ben consapevoli che il successo della riforma dipenderà anche dalla capacità di coinvolgimento della comunità locale e dei cittadini.

Nelle varie sedi abbiamo già avuto modo di esprimere il nostro parere complessivamente favorevole in merito a quanto previsto nel citato Decreto ministeriale. Abbiamo avanzato richieste di specificazione, chiarimenti e approfondimenti, nonché suggerimenti e proposte. Le OO.SS., nell'intesa di cui sopra, hanno

già condiviso alcuni punti. Al fine di dare un ulteriore contributo ci proponiamo di richiamare e sintetizzare alcuni punti di maggiore interesse.

1. In Toscana non si parte da zero, ma ci sono differenze e criticità. Occorre rendere omogeneo nei suoi indirizzi fondamentali il modello di assistenza territoriale al fine di garantire a tutti e in tutti territori le stesse prestazioni e gli stessi diritti.
2. Nel rispetto del principio di prossimità è essenziale adeguare i modelli organizzativi tenendo conto delle differenze territoriali, soprattutto nelle aree interne, montane e insulari.
3. Il territorio è il luogo fondamentale e privilegiato in cui trova attuazione l'integrazione fra il sanitario e il sociale e più in generale nell'applicazione di politiche che si richiamano al concetto di salute, inteso nella sua complessità, così come definito dall'OMS. In Toscana, valorizzando le esperienze in atto, la riorganizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale deve ambiziosamente tendere a realizzare una rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari in un'ottica di forte integrazione e considerando i determinanti sociali di salute e le politiche di prevenzione come centrali e interconnesse con l'obiettivo generale di tutela della salute.
4. Per dare maggiore valore e forza, nonché capacità di intervento, occorre rivedere e potenziare anche la governance territoriale incentrata sulle zone distretto. A questo proposito si condivide quanto previsto nell'atto di indirizzo approvato dal Consiglio Regionale sugli Stati generali della salute nel giugno 2022 (Risoluzione del C.R. n. 184 del 15/6/2022, punto 2 pag.19).
In particolare si sottolinea la proposta di costituire la Società della salute in ogni distretto, rendendo finalmente omogeneo il governo dell'assistenza territoriale e rafforzandone il ruolo e le competenze, anche attraverso specifiche deleghe e un più ampio coinvolgimento nella programmazione aziendale. Ciò dovrà determinare un più stretto collegamento tra le politiche sanitarie e quelle sociali e territoriali delle Amministrazioni locali. Una programmazione regionale e aziendale che non si cali nei territori ma che parte dalla evidenziazione delle problematiche e degli obiettivi che il territorio si pone e che vengono definiti attraverso l'atto programmatico locale (PIS e PIZ unificati).Esso, infine, deve trovare una coerente risposta nella programmazione aziendale (P.O.A.).
5. La casa della comunità diventa il luogo e il volano della nuova assistenza territoriale. Per questo non può che avere una gestione pubblica e direttamente correlata alla governance richiamata. Un luogo unitario in cui sono presenti tutte le professioni sanitarie e sociali previste, le quali, attraverso un lavoro di team e di rete, definiscono e coordinano in maniera chiara e condivisa, le funzioni e le attività dei servizi delle diverse strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali che compongono l'intera filiera dell'assistenza territoriale.
6. La Casa della comunità come luogo di progettualità, in stretta connessione con la programmazione territoriale, di coordinamento ed erogazione dei servizi del Distretto.
Questi principi, pur presenti nel DM 77, ci sembra che in alcune parti, soprattutto quando si descrivono i singoli interventi, essi vengano indeboliti e rischiano di creare diversità interpretative. Diventa quindi di particolare rilevanza che nell'atto regionale si individuino con chiarezza modelli operativi che rispondano pienamente all'obiettivo di una riforma sistemica e complessiva dell'assistenza territoriale. Le centrali operative territoriali, le unità di assistenza territoriale(UCA), l'assistenza domiciliare integrata, pur nella loro specificità e chiarezza del proprio ruolo e funzione, debbono strutturalmente relazionarsi ed essere parte che compone la programmazione e gestione dell'assistenza territoriale.
7. Non c'è dubbio che la nuova assistenza territoriale assegna ai MMG e ai PLS un ruolo centrale valorizzando e dando una forma ancora più compiuta e organica a quanto già sperimentato, tuttavia non in maniera omogenea, con le AFT (aggregazioni funzionali territoriali) e le Uccp (unità complesse di cure primarie). Crediamo assolutamente urgente una riorganizzazione e una definizione ancora più compiuta della medicina territoriale in tal senso.

8. Il DM 77 prevede una presenza obbligatoria per un definito numero di ore nelle Case della Comunità hub e spoke come attività aggiuntiva rispetto alle attività svolte dai MMG nei confronti dei propri assistiti. Crediamo sia necessario specificare bene a cosa serve la presenza medica nelle Case della comunità e come si differenzia. Il decreto ministeriale fa esplicito riferimento alla sussistenza di ambulatori privati dei MMG. Riteniamo utile questa presenza che corrisponde, soprattutto in alcune aree, ad assicurare un servizio di prossimità essenziale. La carenza di MMG, che rischia di accentuarsi almeno nel breve periodo, induce un significativo aumento del carico assistenziale dei loro assistiti. E' necessaria una chiara definizione dei compiti e di una nuova e condivisa organizzazione che dia risposte a questa problematica.
9. In considerazione del dibattito in corso relativamente anche alla tipologia contrattuale dei MMG si chiede di valutare la possibilità di un piano di assunzioni di MMG e PLS che preveda la possibilità su base volontaria di un passaggio alle dipendenze del SSN e una loro destinazione finalizzata prioritariamente ad avere almeno una équipe di cure primarie a quota oraria e non capitaria a cui si affiancheranno i MMG presenti a rotazione.
10. Sottolineiamo l'importanza delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie che svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione, cura e riabilitazione a livello territoriale.. Il DM specifica e valorizza il ruolo dell'infermiere di famiglia o comunità. Le dotazioni di queste figure previste nel DM appaiono minimali e non adeguate alla domanda e alla crescita professionale che potrebbe dare maggiore valore alla presa in carico complessiva del paziente.
11. Per quanto riguarda le case della comunità relativamente agli standard e servizi previsti riteniamo si debba rafforzare il nostro modello organizzativo rendendo obbligatori nella CdC hub quei servizi che sono indicati come facoltativi o raccomandati: attività consultoriali e rivolte ai minori, interventi di salute pubblica (incluse le vaccinazioni), programmi di screening, servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, medicina dello sport.
Per quanto riguarda le case della comunità spoke, tenuto conto che non c'è uno standard definito di popolazione afferente, si può valutare caso per caso.
12. Per quanto riguarda la Centrale operativa territoriale (Cot) valgono le considerazioni già espresse.
13. Si condividono le finalità definite per gli Ospedali di Comunità: in particolare che tale struttura afferisce direttamente alla rete di offerta dell'assistenza territoriale e non soltanto in funzione delle dimissioni ospedaliere. Chiediamo se siano stati fatti approfondimenti e simulazioni rispetto alla congruità del rapporto 20 p.l./100.000 abitanti.
14. La riorganizzazione e la nuova assistenza territoriale deve avere come riferimento imprescindibile il principio "La casa come primo luogo di cura". L'assistenza domiciliare è un pilastro essenziale della nuova assistenza territoriale, in particolare di un rafforzato sistema di sostegno alla vita autonoma e di presa in cura della cronicità e della non autosufficienza. Purtroppo il Dm 77 non ha chiarito né definito gli standard del personale. Ciò può indurre a soluzioni che portino a una privatizzazione di fatto dell'Assistenza domiciliare. Si ribadisce la nostra posizione: l'organizzazione dell'ADI deve essere saldamente legata al servizio pubblico e deve trovare un punto di riferimento progettuale operativo nella casa della comunità. Se necessario, ci si potrà avvalere anche di servizi e professionisti accreditati, ma sempre nell'ambito della presa in carico del sistema pubblico e del Piano di assistenza individuale.
Sempre in quest'ottica occorre procedere in maniera uniforme e standardizzata alla integrazione tra sanitario e sociale. Lo schema di disegno di legge recante deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane e assistenza agli anziani non autosufficienti rafforza e specifica quanto già contenuto nel DM 77, prevedendo una unificazione dei vari servizi in un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata sociosanitaria e sociale (ADISS). La Toscana ha tutte le premesse e le competenze per raggiungere questo importante obiettivo.
15. L'uso e la diffusione della telemedicina rafforzerà e qualificherà la presa in carico dell'assistenza domiciliare. Su questo punto e, più in generale, sulla digitalizzazione del sistema sanitario regionale

che consenta la messa disposizione dei dati essenziali per la presa in carico e la gestione della cura occorre procedere speditamente e con una unica regia, superando i limiti che ancora oggi si manifestano. Crediamo sia di particolare importanza attivare, anche in collaborazione con le forze sociali e associative una larga e capillare campagna di alfabetizzazione informatica. Indubbiamente una buona pratica da sviluppare ed ampliare è il progetto *“Connessi in buona compagnia”*. Un progetto nato da un accordo tra Regione e le OO.SS. dei pensionati, premiato come miglior progetto per l’inclusione di Repubblica digitale.

16. La nuova assistenza territoriale deve fondarsi e promuovere una ampia partecipazione dei cittadini e delle comunità locali. Essa nella sua impostazione deve essere centrata più sulla persona prima che sulla cura . La relazione medico, professionista sanitario e sociale con il cittadino deve partire da questo principio. Rendere il cittadino consapevole e partecipe è azione fondamentale.
17. Nella casa della comunità questa impostazione si deve percepire e condividere a partire dall’accoglienza e dedicando spazi e iniziative per informare, raccogliere esigenze e proposte, condividere scelte.

Per questo riteniamo sia fondamentale l’organizzazione di tre strumenti:

- il Punto unico di accesso (PUA), strutturato in termini di competenze e conoscenze per svolgere adeguatamente la funzione che gli è propria.
- un punto prenotazioni che consenta al cittadino di uscire con una prenotazione di una prescrizione effettuata a cui si potrebbe aggiungere anche la presa in carico della gestione di quei casi che trovano difficoltà a trovare una immediata soluzione.
- un ufficio URP che oltre alle funzioni assegnate sia punto di riferimento promozionale ed operativo per la diffusione della partecipazione e il coinvolgimento dei cittadini in stretto collegamento e supporto al comitato di partecipazione.

Già nella decisione n. 4 del 17/3/2021 del comitato tecnico scientifico dell’OTGC in cui si approvava un documento elaborato congiuntamente con il Consiglio dei cittadini, fatto proprio dalla Giunta si affrontava il tema della partecipazione dei cittadini. Una presenza e un ruolo del Comitato di partecipazione distrettuale che, oltre a svolgere le funzioni previste dalla legislazione regionale in merito all’attività svolta nella e attraverso la Casa della Comunità, promuova e sostenga processi partecipativi e delle associazioni afferenti territorialmente alla Casa della salute (ora della comunità). Si rinvia ad essa per una descrizione più puntuale.

Aldilà delle esperienze partecipative già esistenti e da consolidare (Comitati di partecipazione, consulta terzo settore, contrattazione sociale a livello sindacale...) è importante che si trovino strumenti e iniziative adeguate per momenti che coinvolgono i vari attori della Comunità locale anche non strutturate, per individuare e condividere obiettivi comuni, positive e innovative forme di coprogettazione e di impegno comune.

18. Il documento generale di programmazione dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022 che dovrà essere approvato entro l’anno rappresenterà una linea di indirizzo e di preziose indicazioni per affrontare bisogni e problemi che hanno l’urgenza o che possono essere anticipati per dare risposte adeguate o essere propedeutiche alla nuova assistenza territoriale, con una particolare attenzione ai territori che sono in maggiore sofferenza. Ne sottolineiamo alcune:
 - Una ripresa delle attività di medicina di iniziativa sospese per la pandemia.
 - Una ricognizione puntuale delle AFT e delle UCCP, nonché della medicina di gruppo, attualmente presenti ma con differente operatività, per rafforzarne il ruolo e l’attività che deve essere conosciuta e partecipata dai cittadini.
 - Sollecitare e sostenere adeguate iniziative per costruire e rafforzare il rapporto e la collaborazione dei MMG e PLS con la medicina specialistica ambulatoriale e ospedaliera , nell’ottica di un continuità assistenziale e di una collaborazione multiprofessionale che garantisca la presa in carico integrata della persona fragile e/o con problematiche complesse.

Estendere e rendere strutturale un modello di cura integrato prendendo spunto dalla sperimentazione fatta con i gruppi di intervento rapido Ospedale Territorio (GIROT). Un intervento che, uscendo dall'emergenza covid per cui era stato pensato, deve integrarsi in un nuovo rapporto tra ospedale e territorio e rapporto tra MMG e professionisti ospedalieri.

- Rispetto all'abbattimento delle liste di attesa si ribadisce, per la gestione dei casi più critici e di maggiore impatto sulla salute, l'esigenza di attivare procedure e strumenti per una presa in carico da parte del sistema. Un ruolo in questo senso potrebbero giocare le attuali case della salute e gli studi medici associati, riprendendo un principio che anche a causa della pandemia non si è messo effettivamente in pratica: "si prenota dove si prescrive".
- Si chiede una ricognizione dell'offerta presente a livello distrettuale per le prestazioni di competenza che consenta di correggere disfunzioni anche all'interno della stessa area e intervenire sulle possibili carenze. Tale ricognizione inoltre sarà utile per una programmazione anche oltre l'attuale emergenza che consenta di adeguare l'offerta alle richieste in ciascuna zona e per determinare le risorse professionali e strumentali necessarie.

Questi ed altri interventi, oltre a dare una risposta a problemi emergenti, sono importanti per prefigurare e sperimentare quella che sarà la nuova assistenza territoriale, per la quale non ci sarà una "ora X", ma un processo in divenire che deve coinvolgere tutto il sistema sanitario e sociale regionale e la comunità stessa con una chiara, ben definita e condivisa visione e un omogeneo indirizzo strategico e operativo.

Anche per questo condividiamo la proposta avanzata nel recente protocollo di intesa fra Regione e OO.SS. di costituzione di un osservatorio regionale sull'attuazione delle missioni del PNRR e della riforma ad esso collegate, sulla stregua di quanto già deliberato in merito al governo delle liste di attesa e di un periodico monitoraggio dello stato di avanzamento a livello territoriale.