

- Position Paper - Per un New Deal della Salute

La pandemia, con tutto il suo drammatico portato, ha messo di fronte agli occhi del paese l'importanza del servizio sanitario e sociosanitario nazionale. Le donne e gli uomini del nostro paese (una minoranza dei quali fino a pochi giorni prima non si faceva scrupolo di aggredire il personale nelle corsie) si sono letteralmente aggrappati al lavoro, alla professionalità, al sacrificio e alla dedizione dei suoi operatori, tutte e tutti, pubblici, privati, del Terzo Settore. Sono emerse le tante eccellenze presenti nel sistema, è emersa una capacità di risposta per molti inaspettata all'emergenza e all'improvvisa inaudita violenza pervasiva del virus. La prima fase della pandemia, al tempo stesso, ha però evidenziato in tutta la loro drammaticità, le criticità e le sofferenze che anni di riduzione dei finanziamenti e di contrazione degli organici hanno prodotto sul Servizio Socio-Sanitario Nazionale, pesantemente accentuate da disuguaglianze territoriali che, figlie sia di un federalismo sghembo e incompiuto che di scelte politiche e di gestione colpevoli, non sono accettabili in uno stato unitario.

Operare per superare queste disfunzioni, per rendere il diritto alla salute realmente esigibile per tutte le cittadine e i cittadini comporta l'adozione di scelte e azioni precise: qui e ora.

Per questo non è più rinviabile l'elaborazione di un **Piano di azioni per il Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN)**, che ponga le basi, anche legislative, per una nuova stagione di riforme e di investimenti pubblici per:

- **Rendere esigibile il diritto alla salute delle persone in ogni fase della propria vita**
- **Valorizzare il lavoro di tutte e tutti coloro, operatori e operatrici, che rendono questo materialmente possibile**
- **Rendere il Servizio Socio-Sanitario Nazionale davvero Pubblico e Universale**

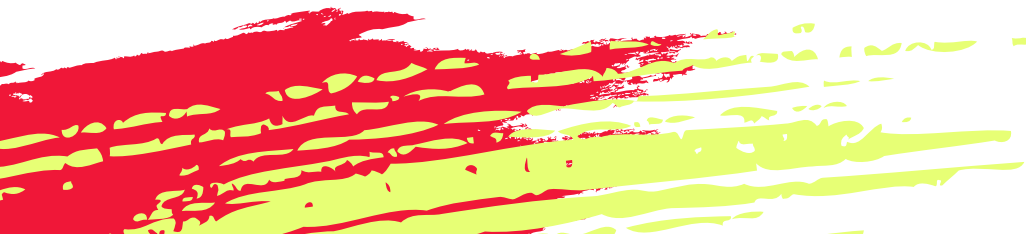
La nuova stagione per la salute che proponiamo di avviare, deve vedere la condivisione di alcuni **valori fondanti** e alcune **direttrici di lavoro trasversali** alle diverse attività, ai diversi attori, istituzionali e no, che operano nel/per il SSSN. Si tratta di strategie di azione che debbono caratterizzare la fase di riforme che proponiamo in primo luogo alle lavoratrici e ai lavoratori, alle cittadine e ai cittadini, alle istituzioni, alla comunità scientifica.

Un movimento largo, popolare, quindi, che ribalti l'inerzia delle politiche sanitarie e sociali in cui il Covid ha trovato il paese guardando al futuro.

Fare questo vuol dire individuare **con chi** portare avanti questi processi, **dove** collocarli, **come** organizzarli e da chi fare pervenire le modifiche degli assetti necessarie; il tutto fissando come obiettivo ultimo quello della messa la centro delle cittadine e dei cittadini.

Con chi: **il lavoro**, ricomporre, ricostruire e valorizzare la filiera lavorativa del diritto alla salute, sia da un punto di vista professionale, evitando spinte corporative, sia da un punto di vista contrattuale.

Dove: **i luoghi** della prevenzione, della cura, della riabilitazione, necessitano di risorse, di personale e tecnologie, di processi innovativi, intersettoriali e interprofessionali e di un quadro di regole utile a rideterminarne la missione di salute.



Come: **un modello organizzativo** incentrato sulla presa in carico delle persone dalla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione in una prospettiva di integrazione dei determinanti sociosanitari di salute: lavoro, istruzioni, infrastrutture, rete relazionale, ambiente.

Da chi: da **una rinnovata governance del SSSN** che porti a ridefinire i luoghi e gli strumenti per una leale collaborazione tra Stato e Regioni, a Costituzione invariata, per garantire uniformità di diritti e tutele in tutto il paese

Per chi: **i cittadini e le cittadine** come soggetti protagonisti e partecipi del processo di presa in carico, organizzati attorno ai luoghi comunitari e ai soggetti della rappresentanza sociale coi quali il SSSN deve poter dialogare e interagire. Un processo di riforma popolare, perché fatto con le persone e per le persone.

CON CHI

Il rilancio del SSSN deve necessariamente ripartire dalla **valorizzazione dei lavoratori e delle lavoratrici**. Oggi infatti possiamo affermare che il nostro sistema sanitario ha saputo resistere alle politiche neoliberiste di definanziamento progressivo degli ultimi 30 anni, soprattutto grazie alla professionalità ed alla dedizione degli operatori tutti, ma anche alla loro capacità di adattamento ai mutamenti dei bisogni di salute da una parte ed alle esigenze di sostenibilità finanziaria dall'altra.

Il tema del lavoro in sanità, che è uno dei pilastri fondamentali attorno al quale costruire le basi di una proposta di cambiamento, deve essere articolato secondo direttrici che sappiano coniugare bisogni di salute e processi partecipativi, per/con gli operatori, per/con la cittadinanza. Solo così si possono recuperare protagonismi spesso negati dalle diffuse **derive accentratrici e autoreferenziali** della governance aziendalistica.

Recuperare il protagonismo di operatori e cittadini è obiettivo utile anche a consolidare e, in qualche caso, recuperare un rapporto fiduciario indispensabile ai processi di cura, per loro natura asimmetrici.

Allo stesso tempo è altrettanto fondamentale il superamento del conflitto che troppo spesso si consuma tra gli operatori stessi, generato dall'approfondirsi del disagio lavorativo, dalla mancata valorizzazione professionale ed economica, ma alimentato da politiche corporative che producono divisioni delle rappresentanze di categoria e purtroppo anche in quelle degli ordini professionali.

Su queste direttrici proponiamo di elaborare, attraverso il contributo di cittadini ed operatori, una proposta incentrata sulla valorizzazione del lavoro in cui l'integrazione, la contaminazione, la condivisione ed il confronto siano alla base di un programma che attraverso le **equipe professionali** esprima le cellule strutturali e vitali di una più ampia organizzazione, per una **presa in carico multiprofessionale** della complessità della persona, ma anche come fattore protettivo per gli operatori sanitari dallo stress lavorativo quasi sempre riconducibile all'isolamento ed all'assenza di confronto e condivisione.

Per dare sostanza e concretezza a qualsiasi proposta è prima di tutto indispensabile partire da un **piano assunzionale straordinario** che, unitamente alla stabilizzazione dei precari, dopo anni di tagli alla spesa per il personale e di blocco del turnover, sia finalizzato a calibrare sul territorio nazionale i reali fabbisogni secondo standard collegati ai bisogni di salute; è inderogabile oggi un intervento governativo per eliminare il tetto di spesa imposto nel 2007, bloccato per un decennio al valore del 2004 meno 1,4% fino all'emanazione del Decreto Calabria 35/19, che ha solo timidamente rivisto un vincolo che invece andrebbe oggi definitivamente abolito per ridare vigore ai servizi affogati dalle politiche di austerità. Gli

investimenti sul personale che sono stati previsti per affrontare la pandemia, pur costituendo un punto importante di inversione di tendenza, non sono sufficienti a segnare davvero una svolta. Erano oltre 36mila i precari della sanità nel 2018, con una crescita nel decennio del 6,4%, la più alta di tutta la PA, $\frac{3}{4}$ di tutti i somministrati della PA lavorano in sanità, negli ultimi dieci anni la dirigenza ha perso 7000 unità (- 5,9%), la dirigenza non medica 2800

(-13,5%), il comparto 35.000 (- 6,2%). **Non ci sarà un vero investimento sui professionisti della sanità finché le dimensioni della precarietà resteranno queste e finché si continueranno ad impoverire i servizi.**

Per rimettere al centro il valore del lavoro, oltre ad interventi di investimento economico, sono altrettanto fondamentali quelli sulla qualità dell'organizzazione del lavoro in una prospettiva di integrazione multiprofessionale che trovi declinazione anche nei contratti collettivi nazionali che devono contenere risposte alle esigenze di riconoscimento delle competenze maturate per formazione e per esperienza. **Il contratto deve rappresentare il punto di congiunzione tra l'offerta di salute, i modelli organizzativi e la valorizzazione delle professioni;** in questa prospettiva è fondamentale il perseguimento dell'obiettivo di un'unica filiera contrattuale per le lavoratrici e i lavoratori alle dipendenze del SSSN che riconosca competenze specifiche e responsabilità distinte.

Nella medesima direzione proponiamo di introdurre una profonda **revisione della filiera formativa** di tutti gli operatori sanitari che, partendo dai bisogni di salute, dagli standard prestazionali e dai fabbisogni di personale, venga ricomposta dando continuità ai diversi percorsi.

Non è più rinviabile una **riforma complessiva dell'accesso ai corsi di laurea** per tutte le professioni sanitarie e per le scuole di specializzazione, ad iniziare da una revisione del numero chiuso che è oggi causa di un imbuto formativo che mortifica i giovani aspiranti con le loro famiglie, ed è causa della grave carenza di personale formato. Un serio programma di progressivo superamento dell'accesso a numero chiuso unitamente ad un programma pluriennale di revisione profonda dei fabbisogni delle professioni sanitarie deve essere affiancato da un parallelo potenziamento degli strumenti formativi, aumentando i docenti ed il numero di corsi di laurea per garantire prioritariamente il diritto allo studio e la qualità formativa. L'acquisizione delle competenze teoriche e pratiche dovrebbe essere incardinata nella centralità della relazione terapeutica come elemento fondante dei processi di presa in carico e di cura e dovrebbe essere contestualizzata nell'organizzazione dei servizi in una prospettiva che valorizzi l'integrazione ed il confronto sin da percorsi formativi, per superare modelli incentrati sull'individualismo e sul tecnicismo fine a sé stesso.

L'emergenza sociosanitaria legata alla diffusione del COVID19, oltre ad aver messo in risalto i grandi punti di forza del SSN, ha altresì evidenziato alcune situazioni di fragilità che ricadono nell'ambito del terzo settore, i cui lavoratori, col medesimo spirito di sacrificio ed abnegazione dimostrato dai colleghi che nel sistema pubblico svolgono le medesime funzioni, godendo di minori garanzie e tutele. Nonostante, infatti, i recenti rinnovi dei CCNL del **Terzo settore** abbiano consentito di recuperare in parte gli anni di blocco contrattuale, la strada da percorrere affinché possa essere conquistata una parità di trattamento tra i lavoratori, è ancora tortuosa, come dimostra l'esodo dal privato al pubblico, verificatosi in pieno periodo di pandemia con il conseguente ulteriore indebolimento di diverse strutture private. Occorre una **revisione complessiva dei vari sistemi di affidamento alle cooperative e alle associazioni non lucrative che operano nel settore socio-sanitario-assistenziale-educativo-privato**, ponendo altresì criteri stringenti, per gli enti gestori, nell'applicazione dei ccnl sottoscritti dalle organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative, ivi inclusi gli accordi di secondo livello territoriali.

DOVE

I luoghi della prevenzione

La prevenzione è uno dei punti strategici di intervento del SSSN perché permette due tipi di risultati: prevenire lo sviluppo di malattie e disagi dei cittadini, abbattere i costi legati al ricorso a cure e terapie.

È **necessario rafforzare i Dipartimenti di prevenzione** con investimenti tecnologici e di personale che sono fattore determinante per garantire la massima apertura e la massima accessibilità ai cittadini.

L'accentramento territoriale di questi servizi, con la conseguente necessità di ampliare i tempi di percorrenza e/o di raggiungibilità dei luoghi, è un ossimoro in termini funzionali e di efficacia di intervento e fruibilità, pertanto è necessario prevedere un meccanismo che coniughi il numero degli abitanti e l'estensione territoriale.

Il dimensionamento dei servizi dovrebbe tenere conto della composizione della popolazione in termini di età, vocazione produttiva (es. territorio ad alta densità di fabbriche piuttosto che territorio a vocazione agricola), impatto antropico in termini di inquinanti, e pertanto andrebbe calibrato su uno studio epidemiologico e non soltanto dimensionale. Questo perché i servizi di igiene pubblica non possono prescindere dalla conoscenza epidemiologica del tessuto in cui operano e questo è un campo che è stato quasi del tutto abbandonato se non per rare eccezioni.

È necessario sviluppare una **integrazione dei servizi di vigilanza e controllo** in tutti gli ambiti che interessano la salute in modo diretto ed indiretto, a partire dalla tutela ambientale fino alla tutela della salute sui luoghi di lavoro, ma non solo. La tutela delle fragilità deve trovare maggiore attenzione nelle fattispecie che rischiano di degenerare dal punto di vista dell'incolumità dei soggetti (es. violenza sulle donne, sui bambini, sui soggetti portatori di disagio psichico o fisico). Per questo proponiamo la creazione di equipe multidisciplinari dedicate, anche attraverso la collaborazione strutturata di più istituzioni (assimilabili a quelle che si occupano di prevenzione sui luoghi di lavoro) che approfondiscano, prevenendo, casistiche non immediatamente collocabili nella sfera degli abusi.

Infine, in questo ambito sia il sistema dei servizi (scuole e/o PA in genere), sia il mondo produttivo, chiedono da tempo a gran voce il supporto tecnico scientifico dei servizi di vigilanza che però sono inibiti dal poter fornire tale prestazione in quanto in regime di libera concorrenza ed affidata a consulenti di varia estrazione per i quali non sono previste responsabilità dirette come avviene, ad esempio, per il tema salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

I luoghi del soccorso

Il sistema di **emergenza urgenza** deve essere omogeneizzato in tutto il paese. Modelli organizzativi e gestionali diversi ed il ricorso alle forme di lavoro precarie e/o non contrattualizzate determinano una disomogeneità inaccettabile nei livelli essenziali di assistenza e un quadro di tutele variabili non più accettabile per operatori e cittadini.

Va pensato un sistema che permetta **appropriatezza di intervento** a seconda della complessità del caso da trattare.

Questo permetterebbe una allocazione di risorse più funzionale e sanerebbe alcuni dei problemi strutturali di mancanza di figure professionali (es. medici di emergenza/urgenza) nonché una gestione più coordinata ed efficace tra sistema dell'emergenza-urgenza e sistema della **continuità assistenziale**, producendo, in questo modo, un accesso al pronto soccorso più appropriato.

Il SSSN deve prevedere una gestione omogenea dei mezzi di soccorso in termini di garanzia minima di equipaggio al fine di garantire equità di trattamento ed omogeneità di competenze ed efficacia dell'intervento. Il sistema dell'emergenza urgenza potrebbe essere efficientato in termini di allocazione di risorse. La carenza cronica dei medici di emergenza urgenza rende necessario affrontare in questa fase il problema della appropriatezza di intervento. D'altro canto, il personale infermieristico ha acquisito

una professionalità tale da condurre in autonomia gli interventi di stabilizzazione del paziente per una gran parte delle casistiche. L'utilizzo di automediche a supporto per i casi più gravi può rispondere oltre che alla necessità di intervento più approfondito, ad una maggiore copertura territoriale, liberando risorse e permettendo la collocazione di questi professionisti all'interno del pronto soccorso, dove verrà effettuato il trattamento rispondente alle necessità di prosecuzione del soccorso. L'uso dell'elisoccorso rimane centrale nella gestione delle emergenze più complesse in termini di raggiungibilità e rapidità di intervento.

Bisogna investire nei sistemi tecnologici (es. geolocalizzazione delle chiamate) e proseguire nella centralizzazione dei centri di risposta su base regionale nei quali dovrebbe essere allocato personale formato nell'indirizzare il soccorso in termini di appropriatezza (ambulanza infermieristica, automedica, eliambulanza).

I distretti

Va rafforzata e implementata ulteriormente la funzione dei **Distretti Socio Sanitari** così come previsti dal Dlgs 229/99, quali luoghi di direzione, programmazione e coordinamento della prevenzione, della cura, della medicina d'iniziativa, del sistema dei servizi, da quelli ambulatoriali a quelli consultoriali, residenziali, domiciliari, anche individuando una struttura dipartimentale integrata che sia funzionale agli obiettivi di salute ad essi assegnati. Strutture e servizi nei quali, più di ogni altro, si esprimono i valori della multidisciplinarietà e multiprofessionalità. I Distretti Socio Sanitari come strutture di direzione, coordinamento, coinvolgimento e partecipazione degli operatori e degli utenti, garanti dell'erogazione H24 dei LEA ad essi assegnati, sono stati svuotati nel tempo sia per effetto di una visione ospedalocentrica sia per gli effetti della riforma del Titolo V della Costituzione. Occorre implementare ulteriormente i LEA affinché i Distretti tornino alla loro funzione originaria, innovandola, su tutto il territorio nazionale e dando immediatamente seguito agli impegni previsti nel Patto per la Salute 2019/21 sui livelli e sui servizi essenziali nel territorio, **prevedendo, esplicitamente, parametri uniformi su personale, servizi e strutture**. I Distretti Socio Sanitari, se potenziati, possono svolgere un ruolo fondamentale sui determinanti di salute della popolazione e per la riduzione della componente privata della spesa sanitaria, aumentata esponenzialmente negli ultimi anni e principale indicatore delle diseguaglianze di salute in atto.

Dentro questa cornice strategica, **le Case della Salute** debbono diventare il luogo, aperto, identificabile, facilmente accessibile e fruibile H24, della presa in carico delle persone, nel quale si realizzino, con investimenti straordinari in personale e tecnologie, le proposte elaborate più di 15 anni orsono dalla Cgil, dallo SPI e dalla FP Cgil con i medici e gli operatori del comparto, aggiornandole e sviluppandole ulteriormente, partendo dalle migliori esperienze regionali fatte sino a qui. Il luogo in cui si realizza, per eccellenza, l'integrazione sociosanitaria, il luogo in cui la medicina generale e quella convenzionata, in essa fisicamente presente H24, si ricompongono professionalmente, oltre che giuridicamente e contrattualmente, il luogo in cui gli operatori sanitari del comparto, a partire dagli infermieri di comunità, dagli assistenti sociali, dai terapisti e non solo, possano esprimere al meglio il proprio ruolo e la propria funzione, anche proattiva. Le Case della Salute debbono poter dialogare in ogni momento della cura con l'Ospedale e con il sistema della residenzialità, anche con un utilizzo diffuso e condiviso delle tecnologie a disposizione. È necessario uscire dalla fase dell'eterna sperimentazione dei modelli organizzativi, diversissimi sul territorio nazionale, individuando requisiti strutturali e organizzativi essenziali e uniformi sul territorio.

Va ripensato profondamente il **sistema della residenzialità extraospedaliera e dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semi residenziale** per la non autosufficienza e, in generale, per tutte le fragilità. L'emergenza pandemica ha reso evidente, nella sua drammaticità, l'insufficienza della componente sanitaria del sistema, il profondo squilibrio nel rapporto pubblico-privato, l'inadeguatezza dei requisiti minimi, da autorizzazione e accreditamento, di gran parte delle strutture, la carenza di organici, di formazione e di sistemi di prevenzione e protezione. Criticità che non si risolvono con

semplici linee guida, strumenti di scarso impatto sulle normative di autorizzazione e accreditamento che fanno capo alle regioni e province autonome e sugli accordi contrattuali coi gestori privati che ne conseguono, ma che necessitano di essere affrontate con strumenti più cogenti e uniformi sul territorio nazionale, soprattutto sul terreno degli **standard assistenziali** e delle garanzie per l'applicazione del CCNL. Anche qui è urgente la predisposizione di un grande piano di investimenti straordinari che recuperi le gravi carenze in termini di risposte ai bisogni di salute, oggi estremamente diseguali sia dal punto di vista dei costi per gli utenti e le loro famiglie sia dal punto di vista quali-quantitativo.

L'assistenza domiciliare integrata, in tutte le sue diverse intensità e forme, è parte fondamentale dell'assistenza distrettuale, è la vera alternativa all'istituzionalizzazione in particolare per la non autosufficienza, è il legame imprescindibile tra ospedale e territorio, è il modello organizzativo, polispecialistico e multiprofessionale, all'interno delle Case della Salute, attraverso il quale si realizza la presa in carico dell'assistito, anche attraverso il coinvolgimento dei caregivers familiari. L'assistenza domiciliare integrata è stata oggetto di un importante investimento da ultimo nel Decreto 34/20. Occorrerà vigilare affinché i Piani regionali realizzino gli obiettivi di investimento lì previsti, anche attraverso un grande impegno in termini di investimenti in risorse umane e tecnologiche. Occorrerà un ulteriore sforzo in questa direzione in quanto, nonostante gli interventi per il potenziamento dell'infermiere di famiglia e di comunità, per tutte le altre figure professionali, fondamentali per la presa in carico delle persone, non sono ad oggi individuati requisiti e standard assistenziali uniformi che sono necessari, così come è previsto tra gli impegni del Patto per la Salute 2019/21 tra Stato e regioni. Inoltre, le risorse sono insufficienti a superare le enormi diseguaglianze regionali ad oggi esistenti in termini di numero di persone assistite e ore medie annue per assistito, quest'ultime in diminuzione negli ultimi anni.

L'ospedale

La rete ospedaliera del nostro paese è la rappresentazione plastica di come non possa funzionare un mix legislativo fatto di tagli lineari, agli organici e ai posti letto, di disinvestimenti progressivi sull'edilizia sanitaria e sulle tecnologie, il tutto nonostante l'impegno professionale ed organizzativo importantissimo dei professionisti che ha determinato passi avanti importanti dal punto di vista dell'appropriatezza delle prestazioni. Ciò significa che se da un lato non si può tornare indietro nel tempo in tema di piccoli ospedali ad alto rischio di inappropriately, dall'altro però è **urgente una verifica ed un aggiornamento complessivo del DM 70/2015** che stabilisce vincoli rigidi sul numero di posti letto per abitante. Il nostro paese, infatti, è passato dai 3,9 posti letto/ab. del 2007 ai 3,2 del 2017, a fronte di una media europea che va dai 5 ai 5,7. Il tutto a fronte della mancata realizzazione di soluzioni alternative all'ospedale, sia per la cronicità sia per l'assistenza territoriale e per il sistema dell'emergenza/urgenza. La pandemia ha messo tragicamente in evidenza queste carenze, ora parzialmente recuperate attraverso un piano straordinario di investimento sulle terapie intensive e semi-intensive. Ma il paese presenta forti disomogeneità, diseguaglianze e differenze, anche intra-regionali, liste di attesa e mobilità passiva, di cui non si può non tenere conto. È quindi necessario investire in termini quali-quantitativi sulla rete ospedaliera, riequilibrare il rapporto pubblico/privato in alcune regioni, **sottoporre a verifica di appropriatezza, rispetto ai complessivi parametri del DM 70/15, anche la rete ospedaliera privata convenzionata** e prevedere per tutte le regioni dei criteri omogenei di autorizzazione e accreditamento che tengano conto di standard organizzativi e assistenziali definiti in base alla complessità assistenziale. In questo senso è importante realizzare quanto previsto dal Patto per la Salute 2019/21 in tema di standard assistenziali uniformi per l'assistenza ospedaliera, la cui entrata a regime è prevista per il 2021, e avviare da subito il confronto sindacale sul tema.

COME

Il “come” dell’intervento sociosanitario dovrebbe esprimere un modello operativo che, strutturato su percorsi assistenziali prima della definizione dello spazio fisico, consenta un miglior coordinamento dei bisogni di salute della cittadinanza con le istanze organizzative, gestionali, professionali e finanziarie. L’applicazione dei modelli organizzativi per essere coerente alle specificità territoriali dovrebbe sempre essere preceduta dall’analisi dei contesti demografici, ambientali, sociali, culturali infrastrutturali e organizzativi. In questa direzione e con queste premesse è fondamentale il ruolo delle regioni e del sistema delle autonomie locali ma è altrettanto importante una regia forte e strutturata del Ministero della Salute e delle Agenzie da esso dipendenti, opportunamente rafforzate e riordinate.

Il potenziamento dei servizi di igiene e sanità pubblica, oggi collocati nell’ambito dei Dipartimenti di prevenzione, deve essere il presupposto imprescindibile sul territorio, soprattutto attraverso le indagini e gli studi epidemiologici finalizzati all’individuazione dei bisogni di salute di una popolazione.

Ancora una volta la drammatica esperienza pandemica ci viene in soccorso per evidenziare l’importanza degli studi sui fattori di rischio, sull’incidenza, sulle cause e sulla diffusione delle patologie ai fini della prevenzione e della promozione della salute. Il venire meno negli ultimi anni di questa indispensabile impostazione igienico sanitaria preventiva ha indebolito il SSSN affogato dalla diffusione incontrollata di patologie prevedibili ma non previste. Oggi conosciamo bene l’importanza delle campagne informative della prevenzione primaria ad esempio del distanziamento sociale, dell’utilizzo delle mascherine o dell’igiene delle mani, così come conosciamo i risultati prodotti in termini di contenimento del contagio ottenuti attraverso l’individuazione precoce dei casi.

Il profilo di un territorio e la prevenzione rappresentano i principali strumenti e ambiti di intervento su cui investire per l’individuazione di un modello funzionale che sia specifico, modulabile e finalizzato alla tutela della salute anche in una prospettiva di contenimento della spesa. È ormai un dato acquisito quello fornito dall’OMS nel 2017 secondo cui 1 euro investito in prevenzione produce un risparmio di 7 euro sulla spesa sanitaria complessiva.

Occorre oggi un **cambio di paradigma** per passare da un’idea di SSSN costituito da “luoghi” di attesa, separati tra loro ad una visione di servizi proattivi rivolti ai cittadini, per la promozione della salute, la prevenzione e la presa in carico per assisterlo e guidarlo nell’evolversi fisiologico e patologico della vita attraverso percorsi diagnostici, terapeutici assistenziali e riabilitativi che le diverse strutture esprimono secondo funzione, specialità ed intensità di cura. Questa idea di fondo vale per i luoghi di cura per definizione, come gli ospedali e il sistema della residenzialità sanitaria e sociosanitaria, ma vale ancora di più per i Distretti sociosanitari, nuclei operativi polifunzionali e multiprofessionali che attraverso una programmazione coordinata creano quei percorsi nei quali il cittadino può autonomamente orientarsi o essere guidato e accompagnato.

La recente pandemia di Covid 19 al contrario ha dimostrato in maniera drammatica come al di là delle enunciazioni e di quanto espresso in numerosi documenti e linea guida rimasti in larga misura inespressi, nel nostro paese non esista in realtà un vero modello efficace di presa in carico delle persone, laddove prevale ancora un sistema costruito a compartimenti in cui spesso i professionisti della sanità si muovono in maniera disomogenea ed in cui le persone faticano ad orientarsi, ricavandone disagio e spaesamento, in modo particolare quando si tratta dei soggetti più fragili della popolazione.

Per passare dal modello della divisione e dell’attesa a quello dell’integrazione e della presa in carico, è indispensabile garantire una governance la più unitaria possibile sia nella gestione dei servizi che nel coordinamento dei casi clinici e delle equipe multiprofessionali. Gli operatori come protagonisti principali di un sistema integrato devono poter operare in un perimetro organizzativo e contrattuale

che facendo riferimento alle medesime unità gestionali si muovano in modo coordinato e coeso per garantire fluidità e continuità nella risposta ai bisogni di salute della cittadinanza. **Proponiamo che non sia quindi più rinviabile una riorganizzazione complessiva dell'assistenza territoriale anche attraverso una riforma profonda e strutturale di tutta la medicina convenzionata della specialistica ambulatoriale, della Medicina Generale e delle Cure Primarie** che dovrebbero rappresentare il primo vero avamposto strategico nella presa in carico della cittadinanza nel contesto di un sistema integrato e organizzato ed invece ancora oggi ne rappresentano il vero punto di fragilità e discontinuità soprattutto a causa dell'isolamento nel quale sono costretti ad operare i Medici di Medicina Generale. Secondo il rapporto OCSE del 2018 sulle cure primarie "l'assistenza sanitaria di base può salvare vite umane e risorse economiche mentre livella il campo di gioco per ottenere un accesso più equo alle cure mediche". Tali risultati positivi si materializzano quando l'assistenza sanitaria primaria diventa la fonte principale di cure che soddisfano la maggior parte dei bisogni di salute dei cittadini, quando gli operatori sociali e sanitari conoscono la loro storia clinica e li aiutano a coordinare l'assistenza con altri servizi sociosanitari. Dai dati OCSE si rileva che "la riconfigurazione della fornitura dell'assistenza sanitaria di base con team multiprofessionali, dotati di tecnologie digitali e integrati con servizi di assistenza specializzati potrebbe aiutare medici infermieri e tutti gli operatori sanitari a fornire cure più efficaci". In particolare, un'assistenza sanitaria di base ben organizzata e diffusa sul territorio in modo capillare riduce i tassi di ricovero ospedalieri e l'accesso inappropriato a strutture costose come pronto soccorso e reparti di emergenza urgenza; previene l'insorgenza di malattie croniche, livella le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Al contrario in Italia si è sempre investito poco e male sulle cure primarie in termini finanziari, formativi e organizzativi, i medici di base sono pochi, 88,3 per 100 mila abitanti contro i 170 della Germania, L'Italia abbonda di specialisti, 295 per 100 mila abitanti rispetto ai 243 della Germania, indice di un progressivo passaggio da una sanità pubblica diffusa sul territorio ad una sanità sempre meno attenta alla prevenzione e sempre più orientata alla cura ed all'iperspecializzazione, in un contesto in cui, nonostante la recente esperienza della pandemia, sembra non si vogliano cogliere le istanze di rinnovamento dell'assistenza territoriale che provengono dalla numerosa letteratura scientifica a riguardo. La pandemia di Covid 19 ha dimostrato plasticamente come la logica organizzativa della medicina territoriale basata sul medico single practice si sia dimostrata fallimentare in un contesto di grave crisi sanitaria ed ha acceso la luce definitivamente sulle crepe di un sistema di assistenza sociosanitaria territoriale che ha un enorme bisogno di essere riorganizzato. A tale riguardo la risposta data in termini organizzativi dai decreti Cura Italia e Rilancio appare debole e non sembra cogliere le osservazioni dell'OCSE. "Un miglior utilizzo del lavoro di squadra fondato sull'inclusione di altri operatori sanitari e la comunicazione digitale potrebbero aumentare la capacità di presa in carico e di risposta assistenziale e nel contempo potrebbe offrire una migliore integrazione dei servizi sanitari e sociali, recuperando l'opportunità di affrontare meglio i determinanti sociali di salute e ridurre la necessità di prestazioni sanitarie specialistiche" (OCSE, 2018).

La sanità digitale, da questo punto di vista, è sicuramente un campo di investimenti pubblici e di sfide, anche professionali e contrattuali, importantissimo. E' necessario e urgente, anche in funzione delle grandi opportunità in tale direzione derivanti dall'utilizzo delle risorse europee, superare gli ostacoli, spesso evidenziati dai soggetti, istituzionali e non, che sovrintendono allo sviluppo delle tecnologie digitali nel nostro paese, ostacoli che sono anche il portato di un federalismo sanitario portato alle estreme conseguenze non solo sui modelli organizzativi riguardanti le strutture ed i servizi, ma persino in relazione agli investimenti di cui la sanità digitale necessita (tutto il tema dell'interoperabilità dei sistemi, delle procedure, delle applicazioni e quindi dei dati). Soprattutto in tema di integrazione socio sanitaria, un ulteriore ostacolo, non di poco conto, in particolare dal punto di vista della governance complessiva del sistema sanitario, come abbiamo visto, principale ostacolo in tema di sanità digitale, è l'esternalizzazione avvenuta negli anni di interi servizi e strutture ai gestori privati e del privato sociale nonché, all'interno del SSN, la presenza di una pluralità di rapporti convenzionali, a partire dai MMG e PLS, che sicuramente non facilitano un processo unitario di gestione dei sistemi operativi. Di

tutto questo, abbiamo avuto l'ennesima riprova durante la pandemia, in particolare per l'utilizzo delle tecnologie nel sistema di tracciamento e assistenza dei pazienti Covid. È inoltre necessario che tali processi di innovazione, ad alto impatto sull'organizzazione del lavoro degli operatori sanitari, da ogni punto di vista, possano essere al centro della contrattazione integrativa nelle aziende sanitarie e a livello regionale: tali processi si misurano, dal punto di vista dell'efficacia, anche e soprattutto dal grado di coinvolgimento e partecipazione dei lavoratori e delle lavoratrici e ovviamente delle loro rappresentanze sindacali. Prim'ancora delle risorse finanziarie da mettere in campo, comunque prioritarie per investire sul rafforzamento e sull'innovazione del SSSN, appare ineludibile immaginare e praticare un modello di governance della transizione digitale della sanità più centralizzato, più condiviso, più partecipato dagli operatori e dalle operatrici e dalle loro rappresentanze sindacali.

DA CHI

È urgente è necessario un ripensamento complessivo, a Costituzione invariata e con legislazione ordinaria, della **governance** complessiva del nuovo SSSN, in particolare, come sottolineato di recente dal Presidente della Repubblica, attraverso una revisione del ruolo, delle funzioni e delle procedure della Conferenza Stato Regioni, secondo un principio di leale collaborazione, in nome dell'Articolo 32 della Costituzione. Va, quindi, rivisto il sistema delle Conferenze in direzione di una loro istituzionalizzazione, recuperando un legame, negli anni indebolito, con le assemblee legislative regionali ed una cooperazione istituzionale in sede di formazione delle leggi sulle materie di competenza dei due livelli istituzionali. È infatti evidente che il sistema delle "Linee di indirizzo" e degli "Accordi", senza vincoli di attuazione e senza sistemi di incentivi e penalità nei confronti delle regioni inadempienti rispetto agli impegni assunti, o non ha funzionato o, nella migliore delle ipotesi, ha prodotto diseguaglianze e pluralità di modelli organizzativi che, in questo caso, non costituiscono una ricchezza ma un ostacolo all'applicazione dei LEA.

I nuovi LEA e il Nuovo Sistema di Garanzia degli stessi, previsto dal DM 12/3/2019, la cui entrata in vigore era prevista per il 1/1/2020, sospesa per effetto della pandemia, se da un lato rappresenta un'evoluzione positiva del sistema, con i suoi 88 indicatori, suddivisi per prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza ospedaliera, assistenza distrettuale, bisogno sanitario, equità sociale e PDTA, dall'altro necessita di essere integrato con un sistema di indicatori che abbia a riferimento gli standard assistenziali di personale per ciascuna macro area di intervento. **La spesa legata ai fabbisogni di personale, quindi, come un vero e proprio Leas**; come parametro di valutazione e di garanzia per i livelli essenziali di assistenza dentro un sistema che, sia per il pubblico che per il privato accreditato, abbia al centro i criteri dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie su tutto il territorio nazionale. **Il modello aziendale**, nella gestione della sanità e del sociosanitario, e il ruolo dei Servizi Salute delle regioni è parte fondamentale non solo dei principi sopra enunciati, a partire da ciò che riguarda la governance del sistema, la leale collaborazione e la cooperazione istituzionale, ma è altresì variabile organizzativa fondamentale per tutti i processi organizzativi sanitari. Per questo riteniamo necessaria e urgente una riflessione e l'identificazione di parametri nazionali riguardo il dimensionamento ottimale delle aziende sanitarie in relazione ai compiti complessi ad esse attribuiti, per evitare che il processo, da qualche anno avviato, di una loro riduzione risponda più che a esigenze di riorganizzazione e innovazione solo a processi di traduzione operativa dei tagli, sicuramente non auspicabili. Peraltro, in moltissime situazioni regionali, tale processo ha determinato, come conseguenza, un analogo processo di "razionamento" e rarefazione delle relazioni sindacali e più in generale dei luoghi di confronto con le parti sociali e le rappresentanze dei lavoratori e delle lavoratrici nonché dei processi partecipativi della cittadinanza, organizzata e no.

La realizzazione dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale, la garanzia della loro finanziamento

e funzionamento e dell'intervento del livello centrale nel caso in cui non siano garantiti, devono poter fare capo allo Stato e alle Regioni, secondo i principi sopra indicati. La loro erogazione, dentro un principio di "buona ed equilibrata" sussidiarietà orizzontale può far conto sui soggetti del privato e del privato sociale accreditati. Quello cui si è assistito, però, in particolare negli ultimi anni, anche e soprattutto a seguito del definanziamento complessivo del SSN, è una crescita esponenziale della presenza dei soggetti privati e della componente privata della spesa sanitaria. Una patologizzazione del principio di sussidiarietà. Secondo i dati del Ministero della Salute (2017), infatti, nelle strutture classificate come laboratori e ambulatori, semiresidenziali e residenziali, il privato accreditato è presente rispettivamente con il 60,4%, 68,6% e 82,3%, con forti differenze regionali ma che rendono chiara l'idea dei rapporti di forza, soprattutto contrattuali, che esistono nei servizi. Il privato accreditato (dati 2017) detiene il 31,3% dei posti letto complessivi del SSN, la maggior parte concentrati presso le case di cura, la restante parte su IRCSS e Policlinici. Il privato accreditato "detiene" la maggioranza dei posti letto per lungodegenza (51,7%) e in riabilitazione (72,9%). Le differenze regionali, come sappiamo, sono importanti, ma complessivamente assistiamo, su alcune discipline, ad un sostanziale oligopolio, un sistema nel quale, cioè, le prerogative di controllo sui requisiti e sull'appropriatezza rischiano di essere vanificati per l'evidente disequilibrio del sistema. **Il SSSN va quindi riportato gradualmente ad una situazione di equilibrio nell'erogazione di prestazioni e servizi**, anche reinternalizzando e riportando in capo al sistema pubblico alcune prestazioni, mettendo, sin da subito, in campo un intervento complessivo sui sistemi di autorizzazione e accreditamento, finalizzati all'appropriatezza delle prestazioni, all'orientamento delle stesse ai nuovi bisogni di salute e ai LEA, così come previsto dal Patto Salute 2019/21 e, proponiamo, al rispetto dei diritti e dei CCNL di settore sottoscritti dalle OO.SS. maggiormente rappresentative, che vanno riportati sotto un'unica filiera, sia retributiva che di diritti, un'unica filiera contrattuale per il SSSN, dal sistema di emergenza-urgenza fino all'assistenza territoriale. I nuovi fabbisogni pluriennali del personale del SSSN dovranno progressivamente tenere conto della possibilità, per le regioni, di reinternalizzare alcune funzioni fondamentali, laddove palesemente squilibrate a favore del privato, finalizzandole al raggiungimento dei nuovi LEA e quindi, valevoli anche per le regioni in piano di rientro.

PER CHI

Sono diversi i fattori e gli elementi di crisi sistemica che hanno portato a rendere, in molti casi, il sistema sociosanitario autoreferenziale.

Pensiamo che un vasto processo di riforma richieda risorse e obiettivi chiari ma soprattutto debba essere realizzato **per qualcuno e con qualcuno**. L'esercizio del diritto alla salute, per sua stessa natura caratterizzato da una forte asimmetria, deve poter essere realizzato e reso esigibile valorizzando tutti gli strumenti partecipativi dei cittadini e delle cittadine e delle loro rappresentanze sociali e sindacali, ad ogni livello, territoriale e nazionale. Il concetto di **salute di comunità** non prescinde mai dalla **partecipazione consapevole** del cittadino ai processi di promozione della salute attraverso programmi di educazione sanitaria, dalla prevenzione fino alla cura. L'evoluzione della telemedicina e più in generale le tecnologie digitali al servizio della salute pongono, da questo punto di vista, nuovi interrogativi che vanno immediatamente affrontati con tutti i protagonisti, cittadini e operatori.

La continuità che si può realizzare attraverso una **presa in carico** efficace dei bisogni di salute delle persone è la miglior garanzia per l'**accessibilità** dei servizi pubblici, quella che riduce il senso di disorientamento delle persone malate di fronte alla complessità del sistema. In questo senso, il ruolo delle cure primarie, rinnovate e potenziate, è fondamentale, anche per il dialogo con gli specialisti.

Per approfondire le proposte
della Cgil Confederale
visita il link:

<https://bit.ly/3jouljL>

