

Il Centro Studi si propone di avviare collaborazioni con istituzioni, associazioni e professionisti impegnati nel campo della salute per creare e promuovere spazi di confronto e di ricerca per la riorganizzazione e il rilancio del SSN attraverso la costituzione di Gruppi di Lavoro dedicati. In particolare, fornire un supporto metodologico per l'organizzazione e la realizzazione di interventi e progetti mirati a:

- migliorare gli interventi di prevenzione e accesso alle cure;*
- indirizzare le scelte politiche per la salute sulla base di interventi di documentata efficacia;*
- promuovere l'appropriatezza e la riduzione degli sprechi;*
- promuovere la salute delle persone con attenzione all'ambiente;*
- coinvolgere i cittadini e le comunità nelle scelte per la salute;*
- tutelare i fondamenti di universalità, uguaglianza ed equità del SSN pubblico;*
- evitare la deriva del SSN verso una sanità e un sistema sanitario privati.*

CONTRIBUTI ESTERNI

SOMMARIO 2025

Cliccando sul titolo è possibile arrivare all'articolo d'interesse.

- **L'INEVITABILE RISCOPERTA DELL'APPARTENENZA PER FONDARE LE CASE DELLA COMUNITÀ ANCHE IN LOMBARDIA**
Claudia Zamin
Membro dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie
- **CONNETTERE E COALIZZARE LE RISORSE PER RILANCIARE IL SSN**
Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

CONTRIBUTI ESTERNI

L'INEVITABILE RISCOPERTA DELL'APPARTENENZA PER FONDARE LE CASE *DELLA* COMUNITÀ ANCHE IN LOMBARDIA

Claudia Zamin

Psicologo - Psicoterapeuta

Membro dell'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie

Il Libro Azzurro docet: ogni territorio è unico, ha una sua soggettività, risorse e vincoli; per tali ragioni è importante precisare che quanto esposto di seguito è relativo all'esperienza e al punto di vista di una persona che vive e lavora in Regione Lombardia.

Mi sono chiesta più volte perché in questa regione, a differenza di altre o delle normative nazionali (si veda ad esempio la pagina del Ministero della Salute), si parli di Casa *di* Comunità e non Casa *della* Comunità. Ringrazio le riunioni dell'Alleanza, e in particolare Franco Prandi, che più volte nel corso di questi mesi ha richiamato questa "apparente banale differenza" che in realtà va ben oltre un cavillo da Accademia della Crusca. La casa è della comunità perché appartiene ad essa, in quanto dovrebbe essere pensata, creata, abitata, usata (nel senso più nobile del termine) insieme a coloro che risiedono in quel particolare territorio. Cittadini e operatori che co-costruiscono "comunità di pratiche" a partire da bisogni e risorse (materiali e non) in una logica proattiva eco-biopsicosociale.

Probabilmente in Lombardia non esisteranno mai le Case *della* Comunità almeno per due ragioni.

Pare esservi una sorta di “patto silenzioso” tra le istituzioni e i cittadini – primo aspetto – mentre il secondo riguarda l’espansione semantica della parola comunità.

Partiamo dal primo punto.

Le istituzioni, ponendosi come erogatrici di servizi, all’interno di una logica di “salute come profitto” con una gerarchia di potere – per cui “sappiamo noi” cosa è meglio – difficilmente rinunceranno all’autonomia regionale legata alla sanità e ai soldi da amministrare, dove la triste verità è che conviene avere un privato accreditato (o non) che investa sulla malattia e non sulla salute. La malattia riempie celermente le tasche, “assicura il potere” al contrario, una “comunità in salute” rappresenta un investimento a lungo termine, non immediato, e che richiede inevitabilmente un passaggio culturale da parte dei cittadini che, al pari delle istituzioni, ragionano abitualmente con premesse paradigmatiche di malattia e non di salute. Un approccio salutogenico implica dialogare con cittadini attivi, persone “empowered” e la health literacy mal si concilia con le gerarchie di potere.

Ecco che entra in gioco anche l’altro attore del patto silenzioso: il cittadino lombardo. Se in età da lavoro, tendenzialmente ha poco tempo perché deve appunto “produrre”, andare a giocare a padel, uscire a cena o fare l’happy hour. Tendenzialmente sta ancora bene e se proprio dovesse avere una necessità va in PS (generalmente tachicardia da attacco di panico o stress “ma non si sa mai... facciamoci fare un ECG velocemente”) o possiede una assicurazione privata. Invece, se è un cittadino in età da pensione è abituato a pensare che tanto, comunque vada, alla fine c’è il sistema che qualcosa farà, insomma una sorta di delega del cittadino e un condono: “sono diabetico ma la mia regione mi consente di fare tutti i controlli del caso” e c’è di più. Essendo una malattia cronica la regione riconosce l’essenzione. Talvolta succede che sia sempre lo stesso cittadino che, appena può, evita la fattura con il meccanico, perché le tasse le paga già con la pensione con cui magari aiuta anche il figlio disoccupato che a sua volta lavora in nero. Insomma, par vero anche nord il detto siciliano «Futti futti, che Dio perdona a tutti».

Molto sommariamente, e me ne scuso, i cittadini non attivi sul piano professionale rientrano nella cosiddetta generazione dei “baby boomers” (1946–1964) sovrapponendosi alla “generazione silenziosa” (1928–1945) mentre quelli attivi sul piano professionale rappresentano la “generazione X” (1965–1980) e “generazione Y” o millennials (1981–1996). In queste due generazioni la parola “comunità” sembra possedere ancora una sua ontologia storica di comunità intesa come legami di appartenenza, vuoi per pretendere dagli altri, “fregarli, usarli quando ti servono, se servono, vuoi per disinteressartene. In ogni caso, in queste generazioni si dà per scontato l’esistenza di un SSN universalistico per la comunità.

Sorge spontaneo chiedersi cosa accada nelle generazioni successive, dove incontriamo i giovani, la cosiddetta generazione Z (1997–2012), quella degli zoomers, post Millennials o i-Generation, quella dove i più grandi, oggi hanno circa 27 anni. Ha ancora senso parlare di comunità? Quale comunità? Quella in cui negli anni ‘80 era riservata ai tossicodipendenti? Oppure la comunità dei social? Perché oggi per i giovani le associazioni libere sulla parola comunità molto probabilmente vanno più in queste direzioni e meno verso il senso di appartenenza a legami sociali di natura reale. Non è intenzione di chi scrive offrire giudizi di merito sul passato o sul futuro ma proporre solo un dibattito, una interrogazione collettiva sul termine comunità oggi. In altre parole, dovremmo chiederci quale sia il senso della parola comunità in una società molto complessa rispetto al passato, in un mondo post Covid-19 dove ne “saremmo dovuti uscire migliori” e invece abbiamo due guerre dietro le porte.

Siamo in una realtà piena di relazioni virtuali e di tecnologie che ci hanno letteralmente salvato durante la pandemia: come saremmo psichicamente sopravvissuti senza le videochiamate e i social durante i lockdown? Attualmente siamo pieni di “contatti” sui nostri vari dispositivi; eppure, pare che le persone si sentano molto più sole e che per trovare un fidanzato si debba passare attraverso “l’applicazione”. I giovani giungono a elevati livelli di istruzione rispetto al passato (non è detto però che sappiano usare il congiuntivo, conoscano la storia e sviluppino un senso critico), parlano più lingue, sono generosi, sensibili ai temi ambientali; spesso sono interessati al prossimo ma non sanno bene come incontrarlo al di fuori dei social. Stare nel mondo *on line* della connessione sino a giungere al metaverso può farci correre il rischio di disaffezionarci

dall'ABC delle relazioni reali.

Ecco la seconda ragione della fatica dell'affermazione delle Case *della* Comunità: oggi questo termine, la comunità, pare risultare quasi obsoleto così nell'accezione che ha avuto per le generazioni precedenti. Soffriamo della mancanza della relazione reale dell'homo sapiens sapiens con i suoi simili e del senso di appartenenza che ci porta a preoccuparci realmente per gli altri. Per questo tra i giovani "la comunità" più facilmente si associa, alla comunità dei social e molto meno alla comunità reale delle persone. Quando si ha un problema reale/pratico non si sa a chi chiedere aiuto, ormai quasi neanche più al vicino di casa perché a Milano, spesso, non lo si conosce.

Forse, l'unica esperienza reale di comunità fondata su relazioni reali che la i-Generation potrebbe ancora fare è quella con la scuola: un ambito di possibilità per tutti al di là della religione, del sesso e delle provenienze geografiche. Ma anche la scuola soffre e molto, non perché manchino bravi insegnanti o siano pagati poco (problemi certamente reali e non affrontati) ma perché pare venir meno il riconoscimento del valore di questo luogo dove un genitore, un tempo affidava i propri figli ad altri adulti con cui stringeva un patto: farsi insieme garanti della crescita dei ragazzi. Purtroppo, i fatti di cronaca anche recenti raccontano di genitori che aggrediscono fisicamente e verbalmente i professori, autorizzando di conseguenza i figli a compiere altrettante gesta epiche. Anche uno dei pochi luoghi dove era possibile per tutti fare esperienza dell'appartenenza alla comunità non è più una certezza.

La mancanza di un senso di appartenenza alle altre persone reali, la condivisione dei bisogni, dei diritti e dei doveri che regolano il vivere civile hanno messo in crisi la parola comunità almeno così come l'hanno sperimentata le generazioni precedenti durante il '900. La conclusione di questo scritto potrebbe indirizzarsi verso una visione pessimistica del mondo e del genere umano come peraltro già proposto da alcuni letterati o figure importanti della storia.

Tuttavia, siamo nel periodo della complessità ed è importante ragionare in termini complessi, studiare i sistemi complessi, come ricorda sempre Giorgio Parisi. Allora non si deve dimenticare che la natura dell'uomo è e rimane relazionale. Per quanto possano mutare nel corso dei secoli tante cose, esterne ed interne, l'essenza dell'uomo è la relazione: l'essere umano per vivere bene nelle città metropolitane contemporanee o

sopravvivere nella giungla del passato dovrebbe riconoscere, anche a fatica, che è la relazione con l'altro - reale, defunto o virtuale che garantisce il suo stare nel mondo. Oggi abbiamo "guadagnato" la possibilità del "virtuale", teniamocela ben stretta senza pretesa di esclusività ma in armonia con le sue altre declinazioni (altro reale e altro defunto); essa è un valore aggiunto all'interno della parola comunità, ne espande in senso positivo il suo significato, così come l'abbiamo sempre conosciuto.

Il cum – munus riguarda sia il mettere insieme, condividere qualcosa – in questa accezione si sottolinea quel "qualcosa con" – sia il munus, cioè il dono reciproco. La comunità contiene nel suo significato il riferimento alla mancanza di qualcosa (e non all'avere) che dobbiamo agli altri e viceversa. La comunità è fondata da ciascuno di noi in relazione all'altro, ciascuno per vivere deve riconoscere un pezzo che gli manca e che può trovare nell'altro. Nella crescita di un bambino il primo luogo dove si impara a dire "noi" è la relazione con le figure significative all'interno dei legami familiari, poi con gli amici e la prima forma di comunità che si sperimenta è la scuola. Forse dobbiamo rifondare un patto a partire da qui e non dobbiamo trascurarlo nei vari documenti che proponiamo all'interno delle Cure Primarie che si devono "territorializzare" come ci insegna il LA.

A *ffinchè, anche in Lombardia si possano costituire le Case della Comunità è necessario un cambio paradigmatico verso il concetto di salute e contestualmente la riappropriazione del senso di appartenenza ai legami reali, simbolici e virtuali che contraddistinguono l'essere umano. Credo che Gaber intendesse questo quando conclude nella "Canzone dell'appartenenza": "sarei certo di poter cambiare la mia vita se potessi cominciare a dire noi".*



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN: il percorso collaborativo proposto dall'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia

Il SSN è a rischio di collasso

Da sempre presidio di giustizia sociale e garanzia per la salute di tutti i cittadini, il SSN è oggi “gravemente ammalato” e vive una situazione di profonda crisi che sta mettendo in discussione i principi fondamentali di universalità, di uguaglianza, di equità e di gratuità.

Da molti anni il finanziamento del SSN è largamente insufficiente per affrontare i bisogni di salute di una popolazione che invecchia e per sostenere i costi crescenti della moderna medicina; sono state bloccate per anni le assunzioni, è stato drasticamente ridotto il numero dei posti letto ospedalieri in assenza di investimenti sulle Cure Primarie e sui servizi territoriali; l'errata programmazione del fabbisogno di medici, di infermieri e di altri professionisti della salute, il basso livello della loro remunerazione ed il progressivo svilimento del loro valore sociale hanno portato all'attuale grave carenza di personale nel SSN.

I problemi sono sotto gli occhi di tutti:

- Carenza di infermieri e di medici, in particolare di medicina generale e di emergenza-urgenza;
- Liste d'attesa sempre più lunghe anche per accedere a servizi essenziali ed urgenti;
- Rinuncia alle cure di moltissimi cittadini che non sono più in grado di sostenerne i costi;
- Conseguente obbligato ricorso di una fetta sempre maggiore della popolazione a prestazioni a pagamento;
- Progressiva espansione della sanità privata, co-finanziata dalla fiscalità generale ma in concorrenza e a danno della sanità pubblica;
- Carenza di servizi per la salute mentale, di consultori familiari, di supporti per giovani e adolescenti sia per aspetti sanitari che per situazioni di disagio;
- Carenza e inadeguatezza dei servizi di assistenza domiciliare, specie per i non autosufficienti.

Tante voci stanno denunciando la criticità della situazione e stanno facendo proposte

Numerose realtà si sono fatte sentire: professionisti e operatori della sanità; ricercatori e scienziati; associazioni del Terzo settore e di cittadinanza; società scientifiche e centri studi; ordini professionali e organizzazioni sindacali; associazioni di malati e gruppi di auto-aiuto; giornalisti e periodici di informazione; persino la Corte dei Conti!

Ma sono voci che si mobilitano in maniera separata, facendo spesso prevalere le rispettive identità a discapito di un'azione comune. Ne consegue la scarsa capacità di incidere sui processi, di condizionare le scelte politiche e di invertire il declino del SSN.

Sarebbe necessario ed urgente unire queste voci e realtà

Al di là dell'apparente diversità di queste voci, alcuni contenuti sono convergenti: sarebbe necessario individuare gli elementi comuni ed avviare un percorso che porti ad un *plafond di base di proposte condivise* da tutte le componenti. La difesa e il ripensamento approfondito del SSN accomuna tutti, ripristinando i valori originari e ripensando l'organizzazione e le pratiche operative

secondo rinnovati paradigmi, tecnologie e architetture al fine di ricreare un nuovo clima di consenso e di Patto sociale per la salute. Per raggiungere questo obiettivo, da molti condiviso, si rende pertanto opportuno avviare un percorso per “connettere e coalizzare” le diverse realtà che intendono contribuire a rilanciare il SSN in forme adeguate e sostenibili.

La proposta

Sulla base di queste premesse, l'[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#), organizzazione senza conflitti di interesse, non di categoria, non finanziata, trasversale alle singole componenti e alla quale aderiscono 19 organizzazioni, propone di **avviare un percorso collaborativo con l'obiettivo di connettere e coalizzare le risorse interessate e disponibili ad impegnarsi per la difesa, il ripensamento e il rilancio del SSN al fine di giungere a proposte di fondo unitarie e condivise, da porre ai decisori politici, con la forza che queste acquisirebbero dall'unità delle tante voci.**

Il percorso

Proponiamo di attivare un percorso collaborativo per **contattare e coinvolgere tutte le organizzazioni professionali-scientifiche-sociali-sindacali-associative interessate e disponibili ad impegnarsi per la difesa e il rilancio del SSN.** A ciascuna organizzazione coinvolta si chiederà di partecipare collaborativamente all'individuazione condivisa delle proposte per rilanciare il SSN attraverso l'individuazione di un percorso dialogico e la scrittura di un Manifesto comune.

Da dove partire per individuare le proposte comuni e condivise per rilanciare il SSN

Per facilitare tale percorso collaborativo l'[Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie in Italia](#) ha analizzato contributi pubblicati da diverse organizzazioni ed ha preliminarmente sintetizzato nella tabella seguente, strutturata per temi, le proposte che sono apparse convergenti. Il percorso comune andrà a valutare ulteriormente tali proposte.

Natura del SSN	<ul style="list-style-type: none"> - Restituire al diritto alla salute il suo carattere di diritto fondamentale secondo l'art. 32 della Costituzione. - Garantire completamente controllo e gestione del SSN da parte del pubblico. - Ripristinare i Piani Sanitari Nazionali, previsti dalla Legge Nazionale 833, che tornino a indicare obiettivi macro insieme a mezzi e modalità per raggiungerli. - Mettere la salute all'interno di un sistema di welfare di comunità e al centro di tutte le decisioni politiche in una logica "One Health". - Garantire l'esigibilità e l'aggiornamento periodico dei LEA, su tutto il territorio nazionale, riaggiornati dal DPCM 12 gennaio 2017.
Finanziamento	<ul style="list-style-type: none"> - Reperire le risorse economiche necessarie per superare il definanziamento del SSN attuato negli ultimi anni investendo sul personale, sulle tecnologie e sulla riorganizzazione dei principali comparti del SSN pubblico, con priorità per le Cure Primarie e la medicina territoriale. - Allineare il finanziamento pubblico per la sanità alla media dei Paesi dell'Unione Europea.

Rapporto pubblico-privato	<ul style="list-style-type: none"> - Ridefinire il rapporto pubblico-privato in sanità, salvaguardando la centralità della governance pubblica e prevedendo un apporto integrativo - e non sostitutivo - da parte del privato accreditato rispetto alla componente pubblica mediante la programmazione basata sull'analisi rigorosa e congruente con i bisogni delle popolazioni.
Contributo del terzo settore e della società civile nella tutela della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Costruire percorsi di co-programmazione/co-progettazione con gli Enti del Terzo Settore nel rispetto della natura pubblica dei servizi per la salute, sulla base delle indicazioni della Corte Costituzionale (sentenza 131/2020), con l'impegno alla condivisione dei valori guida. - Dare evidenza al contributo che ogni soggetto sociale può offrire alla definizione di programmi di salute integrati e globali che intervengano sui diversi determinanti di salute, tra loro interconnessi secondo il principio della <i>One Health</i> e dei 17 obiettivi dell'Agenda ONU 2030.
Sanità integrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Riordinare la legislazione della sanità integrativa con abolizione graduale delle agevolazioni fiscali per le prestazioni previste dai LEA anche al fine di recuperare risorse da destinare al SSN.
Autonomia differenziata	<ul style="list-style-type: none"> - Escludere la sanità dalla contrattazione fra Regioni e Governo in sede di negoziazione degli atti di intesa sulla autonomia differenziata (Costituzione art. 116, comma 3).
Organizzazione e programmazione	<ul style="list-style-type: none"> - Ridefinire le competenze tra Stato, Regioni ed Enti Locali prevedendo il pieno coinvolgimento dei territori e delle comunità locali. - Programmare i servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute, rilevati epidemiologicamente e verificati con i professionisti e le comunità locali, superando la dicotomia tra assistenza sanitaria e sociale. - Aggiornare e fissare standard, indicatori e requisiti vincolanti per la programmazione. - Adottare un sistema unitario e univoco a livello nazionale di profilazione dei bisogni complessi della persona, in grado di ricomprendere il contesto di vita della stessa persona, delle risorse disponibili e del lavoro di rete.
Esternalizzazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Contenere decisamente l'esternalizzazione delle attività sanitarie di assistenza e cura alle persone, con graduale reinternalizzazione programmata delle attività esternalizzate.
Appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> - Introdurre misure precise per promuovere l'appropriatezza, basata sulle evidenze, e contrastare la medicina difensiva. - Collocare la specialistica ambulatoriale a livello distrettuale per favorire la continuità e linearità dei percorsi di cura attraverso una interazione strutturale tra specialisti e MMG del medesimo Distretto.
Professionisti della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Sbloccare le assunzioni nel pubblico. - Adeguare i livelli stipendiali alla media europea. - Semplificare, razionalizzare, unificare e rispettare le tempistiche di rinnovo dei rapporti contrattuali di tutte le figure professionali, anche nella prospettiva di un contratto unico di dipendenza per tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale.

	<ul style="list-style-type: none"> - Introdurre la possibilità che i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta possano essere assunti come dirigenti del SSN attraverso il contratto unico della sanità. - Consentire ai medici specialisti in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie di esercitare l'attività di MMG, in particolare all'interno delle equipe multiprofessionali territoriali delle Case della Comunità, come previsto dal DM 23 maggio 2022 n.77.
Libera professione intramuraria	<ul style="list-style-type: none"> - Revisionare in modo rigoroso i criteri di gestione dell'attività libero professionale intramuraria in modo da evitare disuguaglianze e iniquità di accesso alle cure.
Prevenzione e promozione della salute	<ul style="list-style-type: none"> - Rilanciare la prevenzione e la promozione della salute nei territori e nei luoghi di lavoro in un'ottica di "One Health".
Assistenza Primaria e ruolo del Distretto	<ul style="list-style-type: none"> - Definire un'unica cornice istituzionale-organizzativa vincolante delle Cure Primarie, uniforme in tutte le Regioni, articolata su tre livelli, Distretto, Casa della Comunità e "Microaree", all'interno di una governance rigorosamente pubblica ma condivisa con le comunità locali. - Basare la programmazione dei servizi territoriali per la salute sulla coincidenza territoriale tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali, di dimensione di circa 100.000 abitanti, con una pianificazione sociale, sociosanitaria e sanitaria locale integrata e costantemente aggiornata. - Adottare, in relazione alle caratteristiche oro/geo/demografiche del territorio, soluzioni differenziate e capillari con tipologie di Casa della Comunità a complessità variabile per dimensioni, servizi, dotazioni, personale. - Strutturare tutte le attività della sanità territoriale, sotto la responsabilità del Distretto, non come decentramento dei "silos" professionali e di patologia, ma a partire dalla individuazione dei bacini territoriali e dei relativi bisogni/risorse. - Prevedere che l'unità elementare minima nelle microaree sia costituita da MMG, infermiera/e di famiglia e segretaria/o. - Coinvolgere le comunità locali perché promuovano salute e benessere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione. - Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari con la presenza di tutte le figure professionali della salute (sanitarie e sociali) adeguatamente formate, in numero congruo, operanti e responsabilizzati su definiti segmenti di territorio.
Partecipazione comunitaria e dei Comuni	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere la co-progettazione e co-programmazione nelle Case della Comunità con il coinvolgimento degli operatori sanitari, sociali e dei soggetti del terzo settore. - Promuovere la governance "di comunità" nei Distretti e nelle Case della Comunità.

Casa come primo luogo di cura	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire la presa in cura delle persone, a partire dai loro luoghi di vita, superando un approccio prestazionale e garantendo coerenza e continuità attraverso le protezioni necessarie, dal domicilio alle diverse forme di residenzialità. - Garantire l'insieme di questo sistema di cure dalla Casa della Comunità dove si integrano le risorse sanitarie e sociali e tutte le potenzialità della collettività, in una logica di budget di salute. - Attivare equipe multiprofessionali della Casa della Comunità per attuare cure finalizzate a migliorare la qualità della vita quotidiana delle persone nel loro contesto, prevenendo il declino funzionale. - Attuare le UCA (Unità di Continuità Assistenziale) per la gestione domiciliare e residenziale dei casi ad elevata complessità clinica come equipe delle Case della Comunità, assegnando professionisti medici dirigenti di Cure Primarie.
Residenzialità	<ul style="list-style-type: none"> - Favorire la continuità del percorso di cura della persona, superando la dicotomia domicilio/residenza, considerando le diverse forme di residenzialità come luoghi della comunità nel disegno della domiciliarità, collegando le stesse alla Casa della Comunità. - Rivedere il quadro normativo e finanziario che definisce le caratteristiche organizzative e strutturali delle strutture residenziali per anziani e dei livelli di assistenza che vengono erogati. - Rivedere standard e indicatori di monitoraggio delle attività e di verifica degli accreditamenti.
Ospedali	<ul style="list-style-type: none"> - Sperimentare e diffondere modelli di gestione basati sui processi assistenziali e sulla presa in cura del malato, superando la logica a "silos" e diffondendo i modelli innovativi verso la medicina di popolazione e di comunità, tenendo anche conto delle prospettive che si stanno aprendo con la medicina di precisione. - Superare la dicotomia tra territorio e ospedale e diffondere modelli, strumenti e approcci favorevoli all'integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali sociosanitari e sociali, con percorsi diagnostico assistenziali e di ammissione-dimissione protetta realmente condivisi. - Sviluppare le reti cliniche fra ospedali hub, presidi spoke e servizi distrettuali, per consentire la programmazione dell'assistenza per percorsi di continuità transmurale.
Politica del farmaco	<ul style="list-style-type: none"> - Promuovere l'uso dei farmaci equivalenti. - Definire una strategia per farmaci e vaccini innovativi che ne permetta l'accessibilità a costi ragionevoli per le finanze pubbliche. - Revisionare le modalità di funzionamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dei meccanismi di controllo della spesa. - Potenziare con adeguati investimenti pubblici la ricerca indipendente. - Creare un'azienda pubblica per la produzione dei farmaci, vaccini e dispositivi medici, utilizzando le competenze dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Istituto Farmaceutico Militare, dei Centri di ricerca universitari e del Servizio Sanitario Nazionale.

Telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> - Attuare la sanità digitale per migliorare la circolazione dei dati e delle informazioni, la comunicazione con e tra i professionisti, senza sostituire la relazione diretta laddove necessaria, oltre che per semplificare i percorsi di accesso e di cura. - Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti e cittadini.
Ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Destinare alla ricerca indipendente sui temi relativi alla salute un importo definito del fabbisogno sanitario nazionale, al fine di produrre evidenze scientifiche a supporto delle scelte e delle risorse necessarie per i servizi.
Università e formazione	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificare il personale, in relazione al nuovo indirizzo richiesto per lo sviluppo delle Case della Comunità, con competenze collaborative, comunicative, progettuali, valutative e per il lavoro in equipe multiprofessionali, accanto a quelle tecnico-specialistiche. - Adeguare gli accessi ai diversi percorsi di laurea, specializzazione e qualificazione per le professioni mediche, sanitarie e sociali alla programmazione del SSN e del Welfare territoriale. - Istituzione di una scuola di specializzazione per la formazione in Medicina Generale a partire dal riordino della scuola di specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie, prevedendo la creazione di specifico Settore Scientifico Disciplinare (SSD) in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie. - Costruire percorsi di formazione universitaria trasversale tra le diverse discipline sia sanitarie che sociali che economiche, ingegneristiche, psicologiche.

10 Febbraio 2025