

# **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.

<b>Natura del SSN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restituire al diritto alla salute il suo carattere di diritto fondamentale secondo l'art. 32 della Costituzione.</li> <li>- Garantire completamente controllo e gestione del SSN da parte del pubblico.</li> <li>- Ripristinare i Piani Sanitari Nazionali, previsti dalla Legge Nazionale 833, che tornino a indicare obiettivi macro insieme a mezzi e modalità per raggiungerli.</li> <li>- 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”.</li> <li>- Garantire l'esigibilità e l'aggiornamento periodico dei LEA, su tutto il territorio nazionale, riaggiornati dal DPCM 12 gennaio 2017.</li> </ul>
<b>Finanziamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Allineare il finanziamento pubblico per la sanità alla media dei Paesi dell'Unione Europea.</li> </ul>

<b>Rapporto pubblico-privato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Contributo del terzo settore e della società civile nella tutela della salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Sanità integrativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Autonomia differenziata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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).</li> </ul>
<b>Organizzazione e programmazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ridefinire le competenze tra Stato, Regioni ed Enti Locali prevedendo il pieno coinvolgimento dei territori e delle comunità locali.</li> <li>- 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.</li> <li>- Aggiornare e fissare standard, indicatori e requisiti vincolanti per la programmazione.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Esternalizzazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenere decisamente l'esternalizzazione delle attività sanitarie di assistenza e cura alle persone, con graduale reinternalizzazione programmata delle attività esternalizzate.</li> </ul>
<b>Appropriatezza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introdurre misure precise per promuovere l'appropriatezza, basata sulle evidenze, e contrastare la medicina difensiva.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Professionisti della salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sbloccare le assunzioni nel pubblico.</li> <li>- Adeguare i livelli stipendiali alla media europea.</li> <li>- 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.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Libera professione intramuraria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisionare in modo rigoroso i criteri di gestione dell'attività libero professionale intramuraria in modo da evitare disuguaglianze e iniquità di accesso alle cure.</li> </ul>
<b>Prevenzione e promozione della salute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilanciare la prevenzione e la promozione della salute nei territori e nei luoghi di lavoro in un'ottica di "One Health".</li> </ul>
<b>Assistenza Primaria e ruolo del Distretto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Prevedere che l'unità elementare minima nelle microaree sia costituita da MMG, infermiera/e di famiglia e segretaria/o.</li> <li>- Coinvolgere le comunità locali perché promuovano salute e benessere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Partecipazione comunitaria e dei Comuni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere la co-progettazione e co-programmazione nelle Case della Comunità con il coinvolgimento degli operatori sanitari, sociali e dei soggetti del terzo settore.</li> <li>- Promuovere la governance "di comunità" nei Distretti e nelle Case della Comunità.</li> </ul>

<b>Casa come primo luogo di cura</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Residenzialità</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Rivedere standard e indicatori di monitoraggio delle attività e di verifica degli accreditamenti.</li> </ul>
<b>Ospedali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Sviluppare le reti cliniche fra ospedali hub, presidi spoke e servizi distrettuali, per consentire la programmazione dell'assistenza per percorsi di continuità transmurale.</li> </ul>
<b>Politica del farmaco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promuovere l'uso dei farmaci equivalenti.</li> <li>- Definire una strategia per farmaci e vaccini innovativi che ne permetta l'accessibilità a costi ragionevoli per le finanze pubbliche.</li> <li>- Revisionare le modalità di funzionamento dell'Agenzia Italiana del Farmaco e dei meccanismi di controllo della spesa.</li> <li>- Potenziare con adeguati investimenti pubblici la ricerca indipendente.</li> <li>- 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.</li> </ul>

<b>Telemedicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti e cittadini.</li> </ul>
<b>Ricerca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> </ul>
<b>Università e formazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> <li>- Costruire percorsi di formazione universitaria trasversale tra le diverse discipline sia sanitarie che sociali che economiche, ingegneristiche, psicologiche.</li> </ul>

10 Febbraio 2025