



## ALLEANZA PER LA RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE IN ITALIA

Roma, 10 marzo 2022

*Le proposte a seguire, ispirate da [“Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia”](#), sono distinte solo funzionalmente per maggior chiarezza; infatti, sottolineiamo l’inscindibile interdipendenza tra salute-istruzione-formazione e la circolarità del concetto di salute, che deve essere perseguita “in tutte le politiche”. Precisiamo inoltre che, sebbene le circostanze attuali abbiano direzionato l’urgenza e la spinta riformatrice verso le Cure Primarie, questa debba coinvolgere l’intero Servizio Sociale e Sanitario Nazionale, il quale deve essere concepito come una grande rete di funzioni orizzontalmente interconnesse e non gerarchiche.<sup>1</sup>*

### **1. Definire un’unica cornice istituzionale-organizzativa delle Cure Primarie**

**Nonostante la normativa nazionale abbia progressivamente precisato ruolo e organizzazione del Distretto, v’è un’applicazione incompleta e molto diversificata tra le Regioni, in alcune delle quali il Distretto risulta essere un’entità virtuale.**

Proponiamo che il modello istituzionale-organizzativo delle Cure Primarie sia uniforme in tutte le Regioni, basato su una cornice istituzionale-organizzativa vincolante del Distretto Sociale e Sanitario, della Casa della Comunità e delle “Microaree” (livello organizzativo dei servizi per la salute di prossimità), all’interno di un governo rigorosamente pubblico. Proponiamo che il Distretto Sociale e Sanitario abbia una dimensione di circa 100.000 abitanti e che coincida con l’Ambito Territoriale Sociale.

### **2. Sostenere le comunità locali perché generino salute e benessere**

**Il passaggio da un modello prettamente “sanitario” (concentrato nell’erogazione di prestazioni sanitarie) ad un modello di “salute” (promozione e prevenzione nei luoghi di vita e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse delle comunità locali) si è realizzato solo in alcune Regioni e comunque solo marginalmente.**

Proponiamo che si attivino politiche pubbliche capaci di far crescere il capitale sociale e di promuovere la resilienza e l’empowerment delle comunità mediante la loro effettiva partecipazione. Questo passa attraverso un cambiamento culturale radicale da promuovere in tutti gli ambiti educativi, formativi e lavorativi, a partire dai livelli primari di istruzione. Proponiamo in tal senso che sia vincolante il coinvolgimento dei Sindaci e delle rispettive organizzazioni comunali.

### **3. Territorializzare il Servizio Sociale e Sanitario**

**Il bisogno di salute è di norma supposto piuttosto che concretamente rilevato e le risposte e le soluzioni ad esso fornite sono spesso standard piuttosto che appropriate al contesto.**

**Il servizio sanitario si è sviluppato e costruito per grossi “silos”, spesso indipendenti per organizzazione, funzionamento e finanziamento e con pressoché nulla condivisione di dati e informazioni formali e informali. Ciò impedisce l’integrazione, la prossimità e la flessibilità dei servizi di salute, fondamentali ad accogliere e adattare la risposta ai bisogni e dunque alla risolutività degli interventi.**

Proponiamo che le attività del Servizio Sociale e Sanitario siano pensate e strutturate a partire dalla individuazione dei bacini territoriali per bisogni-risorse e non dai “silos” professionali e di patologia.

---

<sup>1</sup> Per i termini PHC e Cure Primarie si veda la sezione [“Precisazioni”](#) del Libro Azzurro; per i termini Comunità e Partecipazione si veda la sezione [“Cosa intendiamo per”](#) del Libro Azzurro; per il concetto di Microarea si veda la sezione [“1.4 Organizzazione territoriale su tre livelli fondamentali”](#).

**4. Organizzare il lavoro delle Cure Primarie in equipe interdisciplinari e in rete con territorio e ospedale**  
Il coordinamento tra la componente “sanitaria” e quella “sociale”, così come il lavoro in equipe interprofessionali, sono avvenuti occasionalmente, solo dove si sono incontrate disponibilità individuali e favorevoli ed eccezionali contingenze.

Manca una cultura della co-gestione partecipativa e le competenze necessarie alla costituzione di reti della salute che siano multi-settoriali, multi-professionali e partecipative in cui le decisioni passino per la costruzione di consenso.

Proponiamo di 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 su definiti segmenti di territorio e opportunamente organizzate su tre livelli (Distretto, Casa della Comunità, Microarea), integrate con i professionisti ospedalieri, in rete con il territorio e partecipate dalle comunità.

**5. Adottare metodologie che rendano i servizi costantemente e dinamicamente adeguati al contesto e alla domanda di salute**

Sono scarsamente diffuse attività di ricerca e formazione relative alle metodologie di apprendimento in contesto, che consentano di sostenere l'analisi delle pratiche assistenziali locali e la formulazione delle conoscenze necessarie a sviluppare la territorializzazione dell'assistenza e della gestione.

Proponiamo di adottare metodologie di lavoro in cui la clinica, la ricerca e la programmazione dialoghino in maniera costante per rendere il Servizio Sociale e Sanitario flessibile e resiliente rispetto alle esigenze mutevoli e diversificate dei territori; questo è possibile con la decentralizzazione della pianificazione e della gestione dei servizi, attraverso processi partecipativi e inclusivi, nonché tutelando e programmando nell'attività lavorativa dell'equipe spazi e tempi dedicati a formazione e valutazione.

**6. Dotare le Cure Primarie di professionisti adeguati in numero, composizione, formazione e forma contrattuale**

La formazione dei professionisti della salute non è adeguata alle trasformazioni epidemiologiche, demografiche e sociali dell'ultimo secolo. È inoltre frammentata, basata su profili professionali spesso sorpassati e non integrati, non adeguata ai bisogni della popolazione, non finalizzata al lavoro di equipe, dotata di elevato tecnicismo ma incapace di comprendere il contesto, orientata alla gestione di singoli episodi di cura piuttosto che alla continuità e longitudinalità delle cure, ospedalocentrica, con prevalenza di dati quantitativi.

Proponiamo di attivare le misure opportune per superare l'attuale carenza di risorse umane nelle Cure Primarie, acquisendo i professionisti della salute adeguati per numero e competenze, specificamente formati per agire in equipe nelle comunità locali: sblocco assunzioni nel pubblico; semplificazione e razionalizzazione dei rapporti contrattuali di tutte le figure professionali territoriali nel quadro della dipendenza pubblica (superando le diversificazioni contrattuali in atto); adeguamento stipendiale; ulteriore razionale adeguamento degli accessi ai diversi percorsi pre- e post-laurea.

#### **ORGANIZZAZIONI ADERENTI ALL'ALLEANZA:**

Campagna Primary Health Care Now or Never  
Associazione AIFeC – Infermieri di Famiglia e di Comunità  
Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete  
Associazione Prima la Comunità  
Associazione Salute Diritto Fondamentale  
CARD - Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto  
EURIPA Italia - European Rural and Isolated Practitioners Association  
Istituto Mario Negri  
Movimento Giotto  
Slow Medicine

L'alleanza rimane aperta e promuove l'adesione di ulteriori organizzazioni che ne condividono le proposte.