

## *Proposte per la salvaguardia e la riforma del Servizio Sanitario Nazionale e del Welfare territoriale*

Il Covid-19 l'ha insegnato drammaticamente e in modo inequivocabile: **abbiamo bisogno di un Servizio Sanitario Nazionale adeguatamente organizzato, dotato e finanziato, in particolare nella sua componente territoriale e di assistenza primaria, anche attraverso una riorganizzazione dei servizi ospedalieri e un nuovo equilibrio tra ospedale e territorio.** Ciò non solo per far fronte alle future, purtroppo tutt'altro che improbabili, emergenze epidemiche, ma anche per tutelare e promuovere la salute delle comunità e dei singoli, specialmente di quelli più fragili. E ciò in tutte le Regioni e per tutte le fasce di popolazione, con modalità e qualità omogenee. Questo al fine di salvaguardare l'equità, la solidarietà e l'universalismo del SSN e dei SSR.

Il PNRR è un'irrepetibile occasione di rinnovamento e qualificazione della sanità e del settore sociale nel nostro Paese a condizione che vi sia la volontà politica di ridare centralità alla sanità pubblica e ai servizi sociali degli Enti Locali, come riferimenti per la popolazione a fronte di un'analisi in progress dei bisogni di salute delle collettività.

I decisori politici devono far propria una visione condivisa di salvaguardia e miglioramento quali-quantitativo della salute ("Salute per tutti e per ciascuno"), intesa come bene comune e investimento, non come costo.

Il SSN e il welfare territoriale, i servizi sociali in particolare, necessitano con urgenza di un forte investimento di risorse, idee e innovazioni capaci di affrontare le esigenze della popolazione e la loro evoluzione in una fase di grandi cambiamenti epidemiologici e sociali. Ne è un esempio l'aumento del disagio psichico in ragazzi e adulti. Sono necessarie rilevanti riforme di assetto del sistema combinando innovazione tecnico-organizzativa con un deciso orientamento verso la salute e la partecipazione comunitaria territoriale. È necessario inoltre un nuovo equilibrio fra Stato e Regioni che la riforma del titolo V non ha assicurato, aumentando le diseguaglianze regionali che potrebbero essere ulteriormente inasprite dall'attuazione dell'autonomia differenziata.

Al fine di avviare una reale inversione di rotta e mettere in sicurezza le principali componenti del welfare italiano, l'Alleanza chiede ai decisori politici di attuare prontamente tre macro-azioni:

1. **Attivare le condizioni normative, organizzative e finanziarie**, per raggiungere da qui al 2026, in tutte le Regioni, **l'operatività dei Distretti Sociali e Sanitari e delle Case della Comunità**, in linea con quanto previsto dal DM77.
2. 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**: è necessario recuperare nel triennio il sottofinanziamento del SSN rispetto alla media UE, nonché ampliare e finanziare adeguatamente i LEPS-Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali.
3. **Ridefinire il rapporto pubblico-privato in sanità**, salvaguardando la **centralità della governance pubblica** e prevedendo un apporto **integrativo del privato accreditato** rispetto alla componente pubblica, in una visione sistemica e sulla base di un'analisi rigorosa, congruente con i bisogni della popolazione.

**Macro-azione 1 - Attivare prontamente i Distretti e le Case della Comunità**

- A. Basare la **programmazione** regionale sulla **coincidenza territoriale tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali** e su azioni integrate tra sociale e sanitario.
- B. **Definire i territori e i progetti attuativi delle nuove** (o riconvertite) **Casa della Comunità**, programmando la loro realizzazione nel rispetto dei tempi definiti dal **PNRR**.
- C. Mettere in grado le ASL, i Distretti e gli Ambiti Territoriali Sociali di **svolgere un'analisi dei bisogni delle popolazioni e delle risorse delle diverse comunità** al fine di pervenire a **Profili e Piani di Salute** condivisi con tutti i soggetti pubblici, privati e del terzo settore presenti nei vari territori.
- D. Dotare ogni Distretto delle **Unità Operative di Personale previste dal DM77** e attivare le **équipe multiprofessionali e multisettoriali**.
- E. Attivare fin da subito per ogni Casa della Comunità e Distretto **percorsi di coinvolgimento** degli operatori sanitari e sociali, unitamente al terzo settore e a nuclei attivi della comunità, al fine di garantire una **governance condivisa**.
- F. **Riformare le Cure Primarie** prevedendo precise indicazioni e supporti per il lavoro di **cura interprofessionale** dei gruppi di lavoro territoriali.
- G. Realizzare le **Centrali Operative Territoriali** e i **Punti Unici di Accesso e accoglienza** a carattere sociale e sanitario in ogni Distretto e/o Casa della Comunità.
- H. Attivare **progetti di promozione della salute, di sviluppo di comunità sane e di vivibilità ambientale** - in sintonia con gli orientamenti **One Health** - coinvolgendo la popolazione nella creazione di reti di prossimità e sviluppo di rapporti di fiducia reciproca.

**Macro-azione 2 - Superare il defianziamento del SSN investendo sul personale, sulle tecnologie e sulla riorganizzazione del SSN**

- A. **Sbloccare le assunzioni nel pubblico** con contestuale semplificazione e razionalizzazione dei rapporti contrattuali e convenzionali di tutte le figure professionali territoriali tramite l'istituzione di ruoli unici/unificanti.
- B. **Adeguare i livelli stipendiali** e definire le modalità di riconoscimento dei contributi professionali e organizzativi individuali e di équipe attraverso percorsi valutativi trasparenti.
- C. **Rifinanziare in modo congruo il SSN, i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali ed i Fondi Nazionali per le Politiche Sociali**, anche trasferendo sulla sanità i fondi derivanti dall'abolizione delle agevolazioni fiscali per la sanità integrativa.
- D. **Qualificare il personale** in relazione agli specifici **bisogni locali** e al nuovo indirizzo richiesto per lo sviluppo delle Case della Comunità che necessita dell'acquisizione di **competenze collaborative, comunicative, progettuali e valutative** accanto a quelle **tecnico-specialistiche**.
- E. **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.
- F. **Investire in telemedicina e teleassistenza** nella prospettiva di un miglioramento della tempestività delle risposte, della semplificazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e dello sviluppo della partnership fra curanti e persone in cura.
- G. **Investire nel sostegno alla domiciliarità** per rendere concreto l'indirizzo **"casa primo luogo di cura"**.

**Macro-azione 3 - Riportare il privato accreditato al ruolo integrativo del pubblico**

- A. **Programmare l'offerta pubblica esclusivamente rispetto ai bisogni di salute della popolazione**, a cui possono concorrere, solo con ruolo integrativo, i privati accreditati: **la competizione fra privati accreditati e servizi pubblici è incompatibile con la sostenibilità del SSN**.
- B. **Introdurre strumenti adeguati per regolare la mobilità interregionale**, in particolare limitando quella indotta dai privati accreditati.
- C. Rendere **trasparente l'accesso agli adempimenti regionali previsti per la individuazione dei privati accreditati** nel **rigoroso rispetto della programmazione**, rafforzando i servizi ispettivi, di vigilanza e monitoraggio delle attività erogate dai soggetti accreditati sia in ambito ospedaliero, sia territoriale sociale e sanitario.
- D. **Limitare il ricorso alle esternalizzazioni**, riservandole alle attività non sanitarie e **scoraggiare fortemente il ricorso all'appalto** di ciò che è strategico: i professionisti.