

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:

- Liste d’attesa sempre più lunghe anche per accedere a servizi essenziali ed urgenti;
- Carenza di medici di famiglia e di infermieri;
- 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;
- Rinuncia alle cure di moltissimi cittadini che non sono più in grado di sostenerne i costi;
- 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.

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

Numerose realtà si sono fatte sentire: gruppi di operatori, ricercatori, scienziati, cittadini; società scientifiche; ordini professionali; organizzazioni sindacali; associazioni di malati e cittadini; giornalisti; 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 la riorganizzazione per un moderno SSN accomuna tutti: si rende pertanto opportuno avviare un percorso per “connettere e coalizzare” le diverse realtà.

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, ripensamento e rilancio del SSN e giungere a proposte 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 alla individuazione condivisa delle proposte per rilanciare il SSN attraverso:

- Un **convegno pubblico dei referenti di tutte le organizzazioni coinvolte per individuare, attraverso una discussione strutturata per temi, le proposte condivise e le azioni da mettere collettivamente in atto**, da realizzare entro settembre;
- una fase di **elaborazione collaborativa del documento con le proposte condivise**;
- un **incontro per presentare pubblicamente il documento con le proposte condivise**, da realizzare entro la fine del 2024 presso la sede di una delle organizzazioni aderenti;
- una organizzazione di iniziative locali e via social per il **coinvolgimento dei cittadini per la sottoscrizione** a sostegno del documento.

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.

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 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.

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

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 One Health 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. - 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"> - Vietare l'esternalizzazione delle attività sanitarie di assistenza e cura alle persone, con graduale reinternalizzazione 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. - 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

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

	<p>equipe multiprofessionali territoriali delle Case della Comunità, come previsto dal DM 23 maggio 2022 n.77.</p>
Libera professione intramuraria	<ul style="list-style-type: none"> - Applicare 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	<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 pubblico. - 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.
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.

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

Connettere e coalizzare le risorse per rilanciare il SSN

- Luglio 2024 -

Università e formazione

- 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 e Cure Primarie.
- Costruire percorsi di formazione universitaria trasversale tra le diverse discipline sia sanitarie che sociali che economiche, ingegneristiche, psicologiche.