



campagna

# SALVIAMO LA SALUTE

## ATTRAVERSAL'ITALIA

settembre 2014 - giugno 2015

idee e proposte per la contrattazione nel welfare socio sanitario

### La Piattaforma

La campagna “Salviamo la Salute” parte da un’idea forte e innovativa di ripresa economica e sociale, per cambiare le fallimentari politiche di austerità e investire nel sistema di welfare sociale e sanitario, pubblico e universale: che garantisce i diritti, alimenta l’economia e crea posti di lavoro.

*La campagna si snoderà lungo l'intero territorio nazionale da settembre 2014 a giugno 2015*

Salviamo la Salute presenta una piattaforma con un “menu di proposte” per la contrattazione sociale nel welfare sociosanitario, che sarà adattato e arricchito con le proposte e le iniziative regionali e territoriali.

Per approfondimenti [pagina web salviamolasalute](#) con

- Documento e Abstract
- I volantini
- I Focus su:
  - ⊕ [Lotta alla corruzione: Illuminiamo la Salute](#)
  - ⊕ [Assistenza socio sanitaria territoriale h 24](#)
  - ⊕ [Più potere ai cittadini: l’Azienda Socio Sanitaria di Comunità, l’Assemblea della Salute](#)
- le Tappe di “Salviamo la Salute”:
  - ⌘ Il Calendario delle tappe regionali e territoriali
  - ⌘ Gli eventi nazionali di approfondimento in programma:
    - *(Innovazione, ricerca, produzione) la Filiera della Salute motore dell’economia*
    - *Valore del lavoro e qualità dei Servizi alla persona - stop lavoro povero*
    - *Salute (e medicina) di genere*

# Welfare universale (per tutti): i bisogni diventano diritti

## Stop all'Austerità: welfare come investimento

Per salvare - e restituire ai cittadini - il diritto alla tutela della Salute bisogna invertire le politiche di Austerità che hanno segnato, in questa lunga crisi, le scelte di politica economica e sociale in Europa e in Italia, alimentando malessere ed esclusioni sociali.

La disoccupazione, la povertà e l'emarginazione hanno raggiunto livelli record, *collocando un numero crescente di persone al di fuori del mercato del lavoro e della società*<sup>1</sup>. Sono diventate sempre più pesanti le disuguaglianze sociali e di salute.<sup>2</sup> Studi recentissimi segnalano che un argine importante per attenuare gli effetti della crisi è stato il Servizio Sanitario Nazionale SSN che, nonostante difetti e debolezze (*e troppe persone che hanno rinunciato alle cure per motivi economici*), ha permesso l'accesso a cure a tante persone che in altri Paesi ne sarebbero e ne sono state escluse<sup>3</sup>.

Il sistema di welfare *pubblico e universale*, per quanto limitato e imperfetto, si è dimostrato un indubbio vantaggio per tutti. Invece, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze - e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo - sono ormai noti come fallimentari.

*Per questo bisogna reagire*: assegnando più forza al sistema di welfare sociale e sanitario - pubblico e universale - come un grande investimento che risponde ai bisogni di salute, di cure e di protezione sociale considerandoli diritti, e come un formidabile motore che alimenta sviluppo economico e occupazione. E bisogna farlo funzionare bene. Sapendo che in Italia la spesa, sia pro capite che in rapporto al PIL, per la protezione sociale (sanità e assistenza sociale) è più bassa della media UE a 15<sup>4</sup>.

Questa è la vera sfida del nuovo Patto per la Salute.

## Più Universalità

Per garantire l'universalità dei diritti bisogna ristabilire la centralità della funzione pubblica, riconoscendo un giusto ruolo al settore privato (che in alcune aree del Paese pesa più dei servizi a gestione pubblica). Secondo la Costituzione spetta alla Repubblica garantire ai cittadini il diritto alla salute e all'assistenza sociale. Questo rende centrale il ruolo delle istituzioni pubbliche e colloca in funzione collaborativa, e non concorrenziale, la presenza del settore privato (profit e no profit) che accetta di svolgere "funzioni pubbliche". Per questo servono regole precise: con un governo rigoroso degli accreditamenti e delle convenzioni, riconducendo in modo appropriato l'offerta nell'ambito della programmazione pubblica e con una seria valutazione dei risultati. La stessa, auspicabile, riforma del III Settore deve rispettare questa impostazione.

Anche il cosiddetto **welfare contrattuale** può essere utile, a patto che sostenga il welfare universale. L'esperienza di questi anni dei fondi sanitari (e delle assicurazioni) segnala una preoccupante tendenza ad offrire prestazioni già coperte dal SSN, alimentando un'antieconomica competizione, piuttosto che un'utile integrazione per coprire la spesa "out of pocket" a carico dei cittadini (miliardi di costi per odontoiatria, non autosufficienza, acquisto di medicinali, attrezzature, ausili, ecc). Perciò si tratta di regolamentare e di orientare il settore in modo che sostenga la funzione universale del welfare socio sanitario pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure.

<sup>1</sup> Documento UE "Pacchetto investimenti sociali 2014 – 2020"

<sup>2</sup> Rapporto sulla situazione del Paese 2014 ISTAT

<sup>3</sup> Progetto Crisalide Agenas Università Torino- "La crisi fa male alla Salute" – giugno 2014 - Cislighi Costa

<sup>4</sup> vedi [R. Fantozzi su dati Eurostat - maggio 2014](#)

## Stop Austerity: basta tagli, adeguare il finanziamento:

Priorità assoluta è ristabilire in tutto il Paese il diritto universale alla tutela della salute e a cure di qualità, mettendo in sicurezza il Servizio sanitario nazionale, minacciato dai ticket e dai tagli lineari di questi anni (più di trenta miliardi).

Le cifre indicate per il nuovo Patto per la Salute sono una prima risposta utile per dare stabilità (per il triennio 2014 - 2016), purché si fermi la stagione dei tagli. Anche perché sono tagli lineari, che impediscono scelte selettive, indispensabili per riqualificare i servizi e la spesa. Se nel 2014 il finanziamento sarà di 109,9 miliardi, e perciò non vi saranno i 2 miliardi di ticket aggiuntivi, si tratta di un risultato positivo dovuto anche alla nostra pressione.

Nel campo del Sociale la situazione è drammatica, accanto ad una specifica misura contro la Povertà - l'Italia è l'unico grande paese in ambito UE a non averla - è indispensabile rifinanziare i Fondi per politiche Sociali, per la non autosufficienza e per la famiglia, in funzione della irrinunciabile definizione dei Livelli delle Prestazioni Sociali (Leps) e del relativo finanziamento, come prevede la Costituzione.

L'obiettivo è raggiungere la media dell'UE a 15 nel finanziamento per la protezione socio sanitaria.

## Una buona spending review: I risparmi restano nel SSN e nel Sociale

Il finanziamento per il welfare è un investimento pubblico pregiatissimo, perciò le risorse vanno usate bene: senza sprechi, in modo appropriato e spazzando via ogni forma di corruzione. Ma bisogna evitare un uso sbagliato, irresponsabile e insostenibile della spending review, da parte di chi vorrebbe fare ancora cassa con i soldi destinati ai diritti delle persone.

Perciò i risparmi che si possono ottenere da un'oculata revisione della spesa devono restare nell'ambito del sistema socio sanitario e restituiti ai cittadini con migliori servizi.

I settori in cui intervenire sono noti, lo dimostra l'esperienza delle regioni più virtuose, dove l'equilibrio di bilancio è sempre associato a buoni Livelli di Assistenza (viceversa per le regioni in deficit sia di bilancio che assistenziale):

- Riqualificazione rete ospedaliera (riclassificazione, nuovi standard, reti ospedaliere, valutazione esiti, ecc) con riorganizzazione della assistenza centrata sulla persona (si "muove" l'assistenza, non il paziente, ecc)
- Riconversione di strutture di ricovero verso la prevenzione, le cure primarie e l'assistenza territoriale (più cure dove vivono le persone).
- Forte integrazione tra intervento sociale e sanitario
- Appropriately dei LEA: ricoveri evitabili, durata delle degenze, frequenza dei parti cesarei, ecc. E nel Sociale parziale riconversione di trasferimenti monetari in servizi.
- Regole e governo rigoroso degli accreditamenti
- Acquisto di servizi con rispetto delle regole e della trasparenza per gli appalti (a partire dal rispetto dei diritti nel lavoro)
- Farmaceutica (utilizzo dei medicinali equivalenti, distribuzione diretta, off label per il farmaco meno costoso, ecc),
- Acquisto di beni (in particolare impatto dell'innovazione tecnologica con l' Health technology assessment.

## Lotta alla corruzione: Trasparenza e Integrità

La corruzione è un fenomeno pervasivo e sistematico, che provoca sfiducia dei cittadini nelle istituzioni, nella classe politica e nella pubblica amministrazione. Vengono meno i principi di buon governo e di etica pubblica e si diffonde una cultura dell'illegalità. Si procurano danni ai bilanci pubblici, si altera e si squalifica la concorrenza tra le imprese. Un danno enorme che non vogliamo più subire.

**La corruzione fa male (anche) alla Salute.** Il sistema socio sanitario ne è coinvolto: nel triennio 2010-2012, sono stati accertati reati per oltre 1 miliardo e mezzo di euro (la *Rete Europea contro le Frodi e la Corruzione nel Settore Sanitario* calcola che nel 2012 il 5,6% delle risorse investite in Europa per la sanità è andato perso solo in tangenti). Quando la corruzione colpisce la salute non causa solo gravi danni economici, ma mette in crisi l'intero sistema socio sanitario, ruba fondi destinati ai servizi, all'acquisto di medicinali e all'assistenza, colpisce il diritto alla salute e alle cure di tutti.

I recenti atti del Governo a sostegno dell'*Autorità nazionale AntiCorruzione* sono certamente positivi e importanti.

E l'impegno della società civile (associazioni, sindacati, imprese) è essenziale per combattere l'illegalità e per il successo delle politiche anticorruzione. La legge 190/2012 contro la corruzione e il decreto 33/2013 per la trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni offrono indicazioni chiare e spazi di intervento per sindacato e le associazioni, quali: sostenere i Piani anticorruzione territoriali e aziendali, costituire i comitati per la trasparenza in ogni Asl e nei Comuni, partecipare ai Patti di Integrità, rivendicare pubblicità trasparente su: bilanci, appalti, convenzioni, liste di attesa.

**Illuminiamo la Salute:** La Cgil confederale è già impegnata nel campo della legalità e della lotta alla corruzione; la Funzione Pubblica Cgil lo è per il ruolo assegnato ai lavoratori pubblici nei piani anticorruzione, per la trasparenza e l'integrità; La Filcams Cgil sta lavorando per regole certe e trasparenti nel campo degli appalti.

Ora nel campo del sistema socio sanitario intendiamo sostenere e partecipare alla *Rete per l'Integrità* della Campagna "ILLUMINIAMO LA SALUTE" (promossa da Libera, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte, Gruppo Abele).

Con "Riparte il Futuro" è stata lanciata la prima petizione rivolta al mondo della salute, per monitorare il rispetto da parte di tutte le Aziende sanitarie italiane di alcuni impegni anticorruzione (informazioni sui vertici aziendali, nomine dei Responsabili anticorruzione e creazione dei Piani triennali anticorruzione) che ha prodotto importanti risultati.

Con la nascita della *Rete Nazionale per l'Integrità di ILLUMINIAMO LA SALUTE*, si può dare forza, competenze e organizzazione stabile ad un lavoro comune di sindacato, associazioni, operatori nella lotta contro la corruzione, per la trasparenza e l'integrità.

# L'Italia unita nei diritti

## Livelli Essenziali Sanitari e Sociali uniformi in tutto il Paese

Il diritto alla tutela della salute e all'assistenza sociale (si pensi alle persone non autosufficienti, ai minori, alla povertà), non è garantito in tutto il Paese soprattutto in alcune regioni. Molte persone rinunciano a curarsi per motivi economici, anche per il continuo aumento dei ticket. Altre si rivolgono al privato o "emigrano" in altre regioni. Oltretutto, il fenomeno della mobilità sanitaria concorre a moltiplicare squilibri e distorsioni assistenziali e di bilancio.

Quanto previsto dalla nostra Costituzione sui LEA sanitari è ancora lontano dall'essere realizzato. Per i diritti relativi all'assistenza sociale la situazione è ancora più grave perché devono ancora essere definiti i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali LEPS.

Le differenze enormi tra aree del paese sono solo in parte dovute alle disparità di condizioni sociali ed economiche, che condizionano performance ed esiti dei servizi sanitari regionali. In realtà pesano molto le differenti capacità di governo dei sistemi.

Ma vi è stato un eccesso di autonomia, che è sconfinata nella frammentazione, così si rischia di distruggere l'unità del Paese nel campo dei diritti sociali.

Per questo sosteniamo una **parziale revisione del Titolo V della Costituzione** e delle attuali forme del federalismo, assegnando maggiori responsabilità allo Stato, per superare la frammentazione del SSN e il divario tra il regioni e per far rispettare il principio costituzionale circa la garanzia sui diritti alla salute e in campo sociale come esigibili in tutto il territorio nazionale.

Questo non è in contrasto con la necessaria autonomia delle Regioni e anzi ne sollecita un ruolo attivo per ricostruire l'unità del Paese nei diritti.

Proponiamo di elevare al rango di "sistema di garanzia costituzionale" l'attuale verifica sui LEA in sanità (e costruirlo ex novo per il Sociale), e **questo è un tema per l'attuazione del nuovo Patto per la Salute:**

- Creare una **Task Force" Stato Regioni a garanzia dei LEA (vedi anche capitolo Piani di Rientro)**, e Unificare il *Tavolo di verifica degli adempimenti* (che si occupa soprattutto di bilanci) con il *Comitato Lea* in un'unica struttura.
- La valutazione degli adempimenti regionali relativi ai LEA deve pesare "ufficialmente" quanto quella relativa ai bilanci economici, anche per premi e sanzioni alle regioni.
- Accanto al monitoraggio "quantitativo", delle performance e dell'assistenza ospedaliera, serve sviluppare quello sui LEA distrettuali e della prevenzione, sull'appropriatezza e sugli esiti. Un primo passo è il Programma nazionale Valutazione Esiti<sup>5</sup> che va completato e reso disponibile.
- Una specifica valutazione sui LEA riguarda l'abbattimento delle liste di attesa.

Nel Sociale è indispensabile definire i LEPS insieme ad uno specifico sistema di monitoraggio e di garanzia.

<sup>5</sup> Vedi PNVE

## Dai Piani di Rientro ai Piani di Salute e Risanamento

L'utilità dei Piani di Rientro è stata fuori discussione, sono serviti anche per evitare il rischio di un vero e proprio "default". Ma più che agire sulle cause dei disavanzi, le manovre hanno colpito i cittadini e i lavoratori.

Mentre, come è dimostrato nelle regioni più "virtuose", la via maestra del risanamento economico è la riqualificazione dei servizi.

Proponiamo di passare dagli attuali Piani di Rientro dal disavanzo a veri e propri Piani di Salute e Risanamento:

- La valutazione sui Lea vale quanto quella sui bilanci.
- Concentrare gli interventi, con tempi adeguati, sulle manovre strutturali di riorganizzazione e riconversione (si veda come esempio di interventi il capitolo "Una buona spending review: spendere meglio, non tagliare")
- Rivedere il sistema sanzionatorio: sbloccare il congelamento della quota di riparto (si tratta di miliardi di euro bloccati per punizione alla regione inadempienti), vincolandola per permettere le riorganizzazioni altrimenti impossibili (es. start up per riconvertire piccoli ospedali in Case della Salute).
- Passare dall'attuale commissariamento "punitivo" all'esercizio dei poteri sostitutivi dello Stato per garantire i LEA: con una *Task Force Stato Regioni* che supporta e affianca le strutture regionali.
- In ogni caso il Commissario non può essere il Presidente della Regione.

## Il riparto del Finanziamento tra le regioni: tra solidarietà e responsabilità

Il fabbisogno nazionale di finanziamento oggi è, giustamente, deciso dal Parlamento: perché la decisione di quante risorse debbano essere destinate a garantire il diritto alla salute e alle cure è una decisione politica, che rivela quale modello di coesione sociale si vuole in un Paese.

Nella distribuzione dei finanziamenti a ciascuna regione (Riparto) è corretto confermare i criteri legati alla situazione epidemiologica e demografica di ogni territorio (le attuali "pesature" che riconoscono ad esempio che la popolazione anziana necessita di molta più assistenza). Ma va riconosciuto anche il peso delle difficoltà economiche e sociali di alcune realtà, la cosiddetta "deprivazione".

Gli standard delle regioni più "virtuose" (per qualità dell'assistenza e bilanci) diventano l'obiettivo per costruire percorsi di convergenza a favore alle regioni più deboli (non per penalizzarle!).

Una volta stabilito un finanziamento "equo e appropriato"- e i meccanismi costituzionali a garanzia dei Lea per i cittadini – ciascuno risponde dei risultati.

## **Rendere facile e veloce l'accesso ai servizi, un piano straordinario: "Salute Semplice"**

Bisogna rendere facile e veloce l'accesso ai servizi socio sanitari. E pensare alle persone con maggiori difficoltà (anziani, disabili, stranieri).

Complicazioni e lunghi tempi di attesa troppo spesso impediscono al godimento del diritto alla salute, alle cure e all'assistenza sociale.

Accanto alla ben nota soluzione, ma assai poco praticata, del Punto Unico di Accesso (in Comune, Asl, Farmacia, Inps, Online, ecc) per tutti i servizi socio sanitari, serve un'azione di semplificazione, snellimento e unificazione dei percorsi per ottenere le prestazioni, compresi gli ausili per la domiciliarità, in particolare per le persone con malattie croniche o non autosufficienti.

Decisivo è potenziare l'informatizzazione, e orientarla, per semplificare la vita a tutti coloro che devono contattare i servizi e per fornire un agile strumento di lavoro a misura di tutti i professionisti.

Serve un Piano straordinario di "Salute Semplice" di Stato/Regioni/Comuni per rendere facile l'accesso ai servizi socio sanitari, qui "svolta l'Italia" ...."

Rendere facile e semplice accedere alle cure e all'assistenza (ma ciò riguarda anche altri servizi) deve diventare una priorità nell'imminente riforma della Pubblica Amministrazione, che va ben oltre l'adozione della "Carta dei Servizi" o del fascicolo sanitario elettronico. E' un obiettivo perseguibile sin da subito attraverso disposizioni tempestive e chiare.

Un primo positivo esempio è la norma del Governo che ha allungato la durata delle ricette per i malati cronici da 60 a 180 giorni. Ma molto altro c'è da fare: sindacato e associazioni dei cittadini e consumatori possono collaborare a questa grande opera di "Salute Semplice".

## **Abolire i Ticket: milioni di cittadini rinunciano a curarsi:**

La revisione del sistema di esenzioni sui ticket, per avere una maggiore equità nella compartecipazione, annunciata dal nuovo Patto per la Salute, può essere utile ma è tutta da costruire e da discutere anche con il sindacato che rappresenta milioni di lavoratori e di pensionati.

Soprattutto non basta: di fronte a milioni di persone che rinunciano a curarsi per l'eccessivo peso della compartecipazione, serve abolire i ticket, con una vera e propria "exit strategy" costruita con tappe graduali e credibili.

In questi anni i ticket sono aumentati e, anziché favorire appropriatezza, hanno generato iniquità e distorsioni, favorendo consumi privati, o rinunce. E assicurando sempre meno entrate rispetto alle previsioni (anche a causa degli elevati costi per amministrarli<sup>6</sup>), così che compensarne progressivamente il superamento non sarebbe impresa impossibile.

E poi la giungla dei ticket sta creando venti diversi sistemi sanitari regionali.

Lungimiranza e coraggio impongono si discuta, seriamente, come superare i ticket.

<sup>6</sup> Agenas 2014

# Innovare il welfare socio sanitario, le 3 priorità:

## 1. Prevenzione

## 2. Continuità Assistenziale e h24 nel Territorio

## 3. Integrazione tra Sociale e Sanità

### Prevenzione

Le disuguaglianze sociali producono disuguaglianze di Salute. I livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono non solo dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma in parte significativa dalle scelte politiche che definiscono il contesto sociale ed economico di un territorio.

Salvare la Salute vuol dire anche adottare scelte che producano benessere, è quello che si definisce come *“Salute in tutte le politiche”*: economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell’istruzione e così via.

Tutto questo richiama il ruolo del sindacato e della contrattazione nella tutela dei redditi e del lavoro, per l’occupazione e per i diritti sociali, sia per i lavoratori e le lavoratrici che per le pensionate e i pensionati.

La promozione della Salute e la Prevenzione non è dunque questione solo sanitaria ma riguarda tutte le Politiche, a partire da quelle Sociali.

La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Eppure i costi della mancata prevenzione sono enormi.

Proponiamo, oltre agli obiettivi consolidati (rimozione dei fattori di morbilità e mortalità, rimozione dei fattori di esclusione e disagio sociale, diagnosi precoce), che:

- la prevenzione si ponga l’obiettivo anche dell’ *”invecchiamento attivo”* e della liberazione di anni di vita dalla disabilità.
- il finanziamento per la Prevenzione raggiunga almeno il 5% del Fondo Sanitario (come da Accordi Stato Regioni)
- Regioni (Asl e Comuni) istituiscano a livello territoriale sedi di confronto sull’attuazione del [Piano Nazionale della Prevenzione](#) e sui [Piani regionali e locali](#), aperte alla partecipazione delle forze sociali e dei cittadini.
- Una **Conferenza nazionale per la prevenzione e la promozione della Salute** sia organizzata da Governo e Regioni e dalla Rete OMS *“Città Sane”*, in alleanza con forze sindacali e sociali.

Una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda la **Sicurezza nel lavoro**.

## Continuità Assistenziale e h 24 nel Territorio: dove vivono le persone

I bisogni legati all'invecchiamento della popolazione e all'*epidemia delle malattie croniche*, come viene definita dall'OMS, reclamano una riorganizzazione profonda dell'assistenza sanitaria e sociale. Richiedono più cure primarie h24 e di iniziativa, più prevenzione, la presa in carico complessiva di bisogni dei cittadini, più integrazione tra sanità e servizi sociali. E questa è anche un'alternativa indispensabile alla riorganizzazione della rete ospedaliera. Nell'interesse dei cittadini, è tempo di cambiare, non sono più ammesse resistenze corporative, anche nel rinnovo delle Convenzioni di medicina generale.

- La Cgil ha presentato di recente proposte ([documento "Sanità Assistenza h24"](#)) per potenziare l'assistenza continua nel territorio e per una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi socio sanitari: individuando un cuore solido e concreto in strutture pubbliche come le **Case delle Salute**. Qui i cittadini, oltre al medico di fiducia, possono trovare i servizi di cui hanno bisogno, o averne accesso. E qui collaborano insieme tutti i professionisti della sanità e del sociale.
- La riorganizzazione che proponiamo per l'Assistenza Distrettuale riconosce un ruolo a tutti i professionisti, a partire dal personale infermieristico, che diventa centrale per un'assistenza socio sanitaria "d'iniziativa", che non aspetta il malato ma gioca d'anticipo - come un "radar" sociosanitario - cercando le persone più esposte ai rischi, secondo il Chronic Care Model raccomandato dall'OMS.
- Per garantire ai cittadini l'Assistenza 7 giorni su 7, i medici della medicina generale devono lavorare non più isolati, ma in forma aggregata nelle Unità di Cure Primarie (UCCP), ampliando così l'assistenza; e si prevede una figura unica di Medico di MG, superando anacronistiche e forzate differenziazioni tra medici che hanno gli stessi titoli: i medici di famiglia e quelli di guardia medica.
- Questione decisiva è la "**continuità delle cure**", per la quale serve:
  - la **riqualificazione della rete ospedaliera** (vedi anche capitolo spending review) e secondo il principio della assistenza fondata sulla centralità della persona si muove l'assistenza non il paziente. Anche a questo deve servire l'imminente Regolamento per gli standard della rete ospedaliera previsto dal nuovo Patto per la Salute.
  - "strutture intermedie" di tipo socio sanitario tra l'ospedale per acuti e i servizi domiciliari: come le **Case della Salute** e i cosiddetti "**Ospedali di comunità**".
- E' urgente un piano nazionale di aggiornamento strutturale e tecnologico e di messa in sicurezza degli ospedali e delle strutture residenziali.
- Vanno decisamente potenziati i Servizi ad alta integrazione: Dipartimenti di Salute Mentale, per le Dipendenze, per l'Handicap, materno infantili
- La riorganizzazione è vantaggiosa economicamente per il sistema sanitario ma merita investimenti iniziali per lo "*start up*". Proponiamo di sbloccare una parte dei fondi che le regioni aspettano da anni (miliardi "congelati" presso il MEF), che dunque non incidono immediatamente sui saldi di bilancio e che sarebbero comunque vincolati alla riorganizzazione.
- Conviene fare queste scelte, e rapidamente: dove si è investito nei servizi territoriali è dimostrato che si ottengono benefici sul risanamento dei bilanci e sulla qualità dell'assistenza ai cittadini. Anche così si mette in sicurezza il diritto alla salute.

## Integrazione tra politiche sociali e sanitarie

Lo stretto rapporto fra bisogni sociali e sanitari è l'elemento sempre più predominante della domanda di salute e di cure, emblematico è il caso della non autosufficienza o della salute mentale. Di fronte a questa nuova realtà bisogna che venga superata l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. Bisogna recuperare un ruolo attivo dei Comuni, fondamentale per un'integrazione fra azione sociale e sanitaria.

Alcune scelte sono non più rinviabili:

- i Piani Sociali e Sanitari devono essere integrati a tutti i livelli (Piani Regionali, di Zona dei Comuni, Attuativi locali delle Asl, ecc)
- il Distretto socio sanitario è il soggetto unico dell'integrazione; riconosciuto *quindi con atto formale da Asl e Comuni*; la scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione: **anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap.**
- **incentivare** l'associazione tra i Comuni, applicando subito le norme in materia
- il Punto Unico di Accesso ai servizi Sociali e Sanitari (come Livello Essenziale), con l'obbligo della "Presenza in carico" del cittadino e del Piano di Assistenza Individuale
- la Casa della Salute può diventare il luogo fisico dell'integrazione sub distrettuale, cui si rivolgono i cittadini, contenitore materiale del Punto Unico di Accesso e di una serie di servizi sociosanitari del Distretto.

Parlando di integrazione tra interventi socio assistenziali e sanitari, dobbiamo necessariamente richiamare le proposte per l'Assistenza Sociale.

### Dopo Patto della Salute: il Patto per il Sociale

Per costruire la garanzia dei diritti sociali - come accade per quella sul diritto alla Salute - serve un Patto nazionale tra il Governo, le Regioni e i Comuni. E poi Patti Locali.

Il Patto per i diritti Sociali che proponiamo - le priorità:

- una specifica misura di **contrasto alla povertà**
- **un Piano (e un Fondo) socio sanitario integrato sulla Non Autosufficienza** tenendo conto delle diverse esperienze regionali, coordinando interventi monetari, servizi e le misure di conciliazione vita/lavoro e riconoscendo (e regolarizzando) il lavoro di cura delle assistenti familiari (sono oltre 1 milione !), che integra e non sostituisce quello delle professionalità necessarie ad assicurare l'assistenza sociale e sanitaria.
- un finanziamento certo e stabile nel tempo, che permetta una programmazione pluriennale degli interventi ed un riequilibrio della spesa tra i diversi territori. Vanno pertanto da subito rifinanziati i Fondi sociali nazionali: in particolare fondo per le politiche sociali, non autosufficienza e famiglia, rendendoli stabili, finalizzandoli ai LEPS.
- definire i Livelli Essenziali delle prestazioni Sociali e stabilire i conseguenti fabbisogni di finanziamento standard, con *un graduale ma certo percorso di convergenza*, fino al raggiungimento degli standard.
- come riconvertire in servizi parte dei trasferimenti monetari
- riconoscere e riqualificare le professioni sociali e il lavoro di cura e di assistenza alla persona

## Valore al Lavoro e qualità dei servizi

I servizi di cura e assistenza alla persona e socio educativi sono ad alta intensità di lavoro. Nonostante la crisi e i tagli lineari che hanno danneggiato alcuni settori (appalti, convenzioni e servizi pubblici) hanno contribuito più di altri al mantenimento dell'occupazione<sup>7</sup>. Che, se adeguatamente sostenuta, può crescere di più e meglio. Si tratta spesso però di lavoro "povero" e precario. Che deve ottenere più valore e solidità. Il nostro welfare socio sanitario ha ampi margini per creare maggiore occupazione, oltretutto di qualità: a parità di spesa socio sanitaria procapite il rapporto occupati/abitanti in Italia è molto al di sotto di molti paesi UE<sup>8</sup>.

Una vera riqualificazione del welfare socio sanitario è possibile solo valorizzando e riconoscendo *il lavoro* e il diritto a rinnovare i contratti (fermi da cinque anni !), superando le precarietà e i dumping tra settori e professioni.

Il *piano* per il lavoro nel welfare sociosanitario che proponiamo:

- lo sblocco della contrattazione e del turn-over per garantire i Lea, e la stabilizzazione dei precari.
- precise misure a garanzia dell'occupazione, riferita alle strutture ospedaliere e socio sanitarie, pubbliche e private operanti nell'ambito del SSN, ridotte o soppresse, con un progetto di tutela occupazionale: all'interno dei servizi ospedalieri qualora gli standard di personale siano carenti, oppure per la riconversione dei servizi verso la prevenzione e l'assistenza nel territorio (case della salute, domiciliari, ecc).
- nei servizi in appalto e convenzione precise clausole di salvaguardia sociale e occupazionale a garanzia dei diritti compresa la continuità del lavoro.
- mai più lavoro povero nei settori socio sanitari e socio assistenziali: serve un accordo che fissi regole universali per appalti e accreditamenti (verso Contratti di Settore), riconoscendo e regolando anche il lavoro di cura delle assistenti familiari, contrastando ogni dumping.
- soluzioni contrattuali per il personale (di tipo salariale e di carriera professionale) che incentivino la riconversione ospedale territorio.

Anche la riconversione, parziale e progressiva della spesa sociale per trasferimenti monetari in servizi esigibili, crea nuovi posti di lavoro.

## Più potere ai cittadini, più spazio alla contrattazione

L'invadenza dei partiti e le clientele nel sistema socio sanitario alimentano una insofferenza e un disagio non più sostenibile tra i cittadini e i professionisti che sono in prima linea per dare risposte ai bisogni di salute. Tutto questo danneggia la buona Politica di cui c'è tanto bisogno.

La buona politica a livello nazionale e regionale dovrebbe garantire che il diritto alla salute e alle cure sia assicurato, con un finanziamento adeguati e definire indirizzi per i manager e le strutture. Ma si deve fermare qui: manager, dirigenti e professionisti vanno scelti con criteri oggettivi e valutati in modo obbiettivo alla scadenza dei loro mandati.

Perciò ancora non è sufficiente l'ultimo decreto del Governo sulle nomine dei manager delle aziende sanitarie.

Ma c'è anche bisogno di dare maggior poteri ai cittadini e spazi di partecipazione degli operatori.

<sup>7</sup> vedi: Rapporto CNEL sul mercato del lavoro 2011 - 2012 e Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato

<sup>8</sup> Fondazione Zancan Rapporto Povertà 2012

I processi di riorganizzazione dei servizi per avere successo devono essere costruiti con un'adeguata contrattazione e un'ampia partecipazione. In cui si eserciti, accanto a quella doverosa delle Istituzioni, la responsabilità dei cittadini e delle forze sociali di rappresentanza. Ciò deve tradursi in sedi e strumenti riconosciuti, in cui si possano esercitare le forme della democrazia partecipativa, arricchendo il ruolo insostituibile delle istituzioni elette dai cittadini.

Perciò proponiamo:

- Si formalizzi una **sede permanente di confronto** nazionale e in tutte le regioni, su Patto per la Salute e Patto per il Sociale
- **trasformare le ASL verticistiche in Azienda sanitaria di comunità (Asac)** con organismi agili di consultazione e di verifica delle direzioni generali, che coinvolgano operatori e cittadini.
- **Istituire l'Assemblea della Salute** (che coinvolga Asl e relativi Comuni), cui partecipano rappresentanze dei cittadini, dei lavoratori, che si riunisce sugli atti di programmazione e dare una valutazione sull'Asl, della quale la Regione tiene conto nel giudizio sulla direzione generale.

## **Il welfare fa bene all'economia e all'occupazione**

Oltre a garantire il diritto alla salute e alle cure, la il welfare socio sanitario è un eccellente investimento economico. Il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del PIL. A cui va aggiunto il settore socio assistenziale. Negli ultimi dieci anni, accanto alla farmaceutica, vi è stata una notevole crescita dei servizi professionali (+2,4%) e di quelli informatici (+0,5%), delle telecomunicazioni e dei dispositivi medici (+0,6%). Nei servizi sanitari l'intreccio tra il terziario avanzato e i settori ad alta tecnologia, ha impatti rilevanti sia in termini occupazionali che di remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa.

Il contributo dei servizi socio sanitari in senso lato (servizi alla persona) alla crescita dell'occupazione è stato rilevantissimo, con positive ricadute per l'economia italiana. L'unico segmento del mercato de lavoro in crescita costante in questi anni di crisi. Per questo, molti paesi (escluso il nostro), rispetto alle ricette "anticrisi" del passato, hanno deciso politiche anticicliche, privilegiando il comparto dei servizi (soprattutto alla persona) e delle infrastrutture digitali (e anche qui il settore socio sanitario gioca un ruolo importante).

Una seria spending review esclude i tagli lineari, per consentire oculate politiche di acquisto di beni (in primo luogo farmaci e dispositivi medici) e di servizi. Con previsione di interventi compensativi a sostegno delle filiere produttive, per favorire un governo della spesa fondato sull'appropriatezza (es. sostegno ai farmaci equivalenti, distribuzione diretta – sistema nazionale di Health Technology Assessment - centrali uniche d'acquisto, ecc) e sul rispetto dei diritti nel lavoro.

Bisogna investire per estendere la ricerca (pubblica e privata) in campo medico e biologico, nelle biotecnologie e nella strumentazione medica, nei sistemi di cura e riabilitazione, per far crescere, anche così, nuove attività economiche e nuovi servizi pubblici.

Il contributo della spesa sociale e sanitaria alla crescita economica è quindi fuori discussione. La questione cruciale è mantenere questi effetti positivi sull'economia, senza eccessi. Ciò è possibile grazie al "modello pubblico e universale" che, "frena" l'eccesso di consumismo sanitario privato (una spesa non appropriata alla lunga si rivela un boomerang per la stessa economia alimentando un uso improprio della spesa pubblica), dimostra maggiori capacità di controllo della spesa pubblica.



**SALVIAMO LA SALUTE** *sostiene:*



[www.stopopg.it](http://www.stopopg.it)



[www.mettiamociingioco.org](http://www.mettiamociingioco.org)



[www.forumsalutementale.it](http://www.forumsalutementale.it)



[www.illuminiamolasalute.it](http://www.illuminiamolasalute.it)



[www.sossanita.it](http://www.sossanita.it)

