



**LA
SALUTE
CHE
VOGLIAMO**

**FP
CGIL**

**MEDICI
E DIRIGENTI
SSN**

Premessa

“Con la pandemia abbiamo dovuto prendere atto che le riforme successive alla 833 si sono allontanate dall’obiettivo di costruire progressivamente un sistema di tutele della salute equo, universale, solidale, diffuso, strutturalmente solido. Questo è, pertanto, il momento di operare un cambiamento radicale profondo e sistemico, restituendo ai cittadini i loro diritti.”

Affrontiamo un momento storico epocale in cui le difficoltà e le sfide maggiori non consistono nel cimentarsi con idee nuove che “sembrano” ispirare proposte e programmi che quotidianamente ci vengono sottoposti, ma nel liberarsi delle vecchie idee che sono dentro di noi abitando ogni angolo della mente.

L’economia appare sempre più decisiva e pervasiva nella vita di tutti, anche se se ne sa poco e si comprende ancora meno; allo stesso tempo si è diffusa un’incapacità a essere soggetti che sentono, leggono e comprendono quello che accade nella realtà; così l’uomo, soggetto indispensabile della realtà virtuale di cui è stato autore, scompare nella realtà fattuale divenendo oggetto di quell’ingranaggio economico-finanziario che lui stesso ha creato e che è ostile all’intero “umano”.

Il processo di globalizzazione se da un lato ci ha aperto mondi fino ad ora sconosciuti dall’altro ha cambiato la nostra antropologia in conseguenza proprio dell’impatto delle logiche economico-finanziarie su tutti gli aspetti della nostra vita, compresi quelli del welfare e della salute minacciati dalla pervasività del mercato e trasformati in privilegio individuale e in costi per prestazioni di consumo che, pertanto, possono vendersi e/o comprarsi.

La pandemia ci ha offerto l’opportunità di acquisire consapevolezza della complessità del-

la persona, del limite e della fragilità dei corpi biologici e della nostra arroganza anti-biologica ed anti-ecologica che ci disconnette da noi stessi, impedendoci una visione collettiva di come co-costruire consapevolmente l’esperienza della salute.

Con la pandemia abbiamo dovuto prendere atto che le riforme successive alla 833 si sono allontanate dall’obiettivo di costruire progressivamente un sistema di tutele della salute equo, universale, solidale, diffuso, strutturalmente solido.

Questo è, pertanto, il momento di operare un cambiamento radicale profondo e sistemico, restituendo ai cittadini i loro diritti.

La risposta alla crisi non può essere rappresentata da miopi movimenti che alimentano la malattia che l’ha generata; non si può continuare a far credere che i diritti delle persone, l’ecologia della vita, l’armonia sociale, l’equità nelle azioni, l’attenzione ai bisogni siano uno spreco insostenibile. La sostenibilità economica passa attraverso la sostituzione del consumismo, dello spreco e della distruzione delle risorse con l’attenzione alla persona ed ai suoi bisogni.

Questo contributo si inserisce nella campagna più generale della Funzione Pubblica lanciata il 10 Ottobre del 2020 “per un New Deal della Salute”.

La salute e i suoi determinanti

“Sul versante organizzativo-gestionale il paradigma dell’Azienda ed il linguaggio ad esso connesso ha assunto un significato mitico all’interno delle nostre società, perché condizionato dalle politiche d’indirizzo della dottrina neolibera che negli anni sono state orientate ad una logica privatizzante sotto gli influssi del new public management e della public choice, in questo contesto, la salute, è divenuta nell’immaginario di tutti una spesa insostenibile, una moltiplicazione di bisogni infiniti: quelli, tuttavia, del mercato della salute e non quelli di salute”

La definizione di salute può cambiare a seconda del momento storico e del contesto in cui si vive: essa non corrisponde infatti ad uno stato di perfezione, ma è costruita socialmente nell’intersezione fra biologia e cultura.

Questo ideale di salute da raggiungere, continuamente *“in progress”*, ha giustificato e garantito un apparato sanitario esteso che la tutelasse e la difendesse per tutti.

Questo paradigma, tuttavia, si è modificato nel tempo aprendo la strada al diffondersi di una concezione del benessere di tipo consumista, ostensivo, individualizzato, prestazionale, scarsamente attento al benessere collettivo e alle dimensioni del limite e dell’incertezza.

Nelle nostre organizzazioni la salute è stata interpretata come *normalità* e patrimonio da difendere attraverso un sapere medico capace di contenere la patologia e il disordine. Un sapere che nel tempo è diventato complice inconsapevole dell’errata aspirazione a cercare soluzioni biomediche all’eterno problema esistenziale posto dalla finitezza della vita e dall’ineludibilità della sofferenza. Ha sposta-

to il nostro immaginario dalla salute delle comunità intesa, come *incubatore* della stessa, alla medicalizzazione delle comunità sempre più bisognose di prestazioni di salute.

Dietro all’aspirazione di prevenire e curare meglio le malattie è cresciuta l’idea inconfessata di reclutare sempre più nuovi *clienti* e di indurli a consumare sempre più prestazioni sanitarie. In tal modo il fruitore ultimo, cioè il paziente, considerato più come portatore di patologia che come persona, si ritrova al centro di un percorso di cura che assume sempre più le sembianze di una relazione interattiva con le aziende sanitarie e farmaceutiche. Andare dal medico al primo sintomo, o sottoporsi a ogni sorta di screening diagnostico per prevenire presunte malattie, ha alimentato il fenomeno dell’*overdiagnosis* che ci ha trasformati tutti in sani ammalati.

Sul versante organizzativo-gestionale il paradigma dell’Azienda ed il linguaggio ad esso connesso ha assunto un significato mitico all’interno delle nostre società, perché condizionata dalle politiche d’indirizzo della dottrina neolibera che negli anni sono state orientate ad una logica privatizzante sotto gli

influssi del new public management e della public choice, in questo contesto, la salute, è divenuta nell'immaginario di tutti una spesa insostenibile, una moltiplicazione di bisogni infiniti: quelli, tuttavia, del mercato della salute e non quelli "di salute"

La salute, ribadiamo, è da intendersi non come uno stato da preservare, ma come un divenire inarrestabile che percorre la vita intera delle persone con le loro biografie fatte da intrecci di salutogenesi e patogenesi, in un continuo scambio con gli altri e con l'ambiente di vita, a cui si è imprescindibilmente connessi.

La posizione occupata nella gerarchia sociale dagli individui influenza e determina le condizioni in cui gli stessi nascono, crescono e vivono; le situazioni in cui lavorano, invecchiano e ammalano; la qualità delle cure cui hanno accesso: sia la vulnerabilità alla malattia, dunque, che l'accesso ai servizi sanitari sono parte del processo di determinazione sociale. Le diseguaglianze sociali, la povertà, lo stato di disoccupazione, i bassi livelli di scolarità, l'appartenenza a minoranze etniche sono tutti fattori di rischio che agiscono come importanti determinanti di malattia e non possono restare estranei allo sguardo sanitario che invece è miope a tutto ciò che è "altro" rispetto alla dimensione biologica della malattia.

Oggi è urgente e necessario che la questione della malattia si affranchi da una esclusiva ed egemonica dimensione individuale e biomedica per evolvere verso una questione più generale legata alla promozione dell'equità, della solidarietà, della riduzione delle diseguaglianze nelle organizzazioni sociali per un processo di democratizzazione degli stati e dei loro sistemi sanitari.

Le comunità di cura

“Il fallimento di una sanità concepita in modo rigidamente verticale e sconnessa dalle relazioni di comunità ha portato all’infantilizzazione dei cittadini. L’empowerment degli stessi dovrebbe promuovere la capacità della persona ad “aspirare a...” (maggiore benessere, maggiore libertà e maggiore potere) attraverso un processo collettivo di responsabilizzazione ed autodeterminazione.”

È necessaria una nuova fondazione etica della cura come valore umano e professionale. I processi della cura, così come quelli della salute, hanno bisogno di integrare le dimensioni dell’incertezza e della complessità della persona al pari di quelle comunicative, affettive, psichiche tipiche dell’essere umano in relazione con gli altri. Il curare, che nella nostra lingua comprende le due distinte accezioni anglosassoni del “care” (prendersi cura), e del “cure” (curare in senso stretto), implica relazioni fra individui distinti, fra soggetti sociali, culturali, economici e chiama in causa una comunità di cura.

Le comunità in tal senso possono considerarsi incubatori di salute poiché organismi sociali che promuovono e progettano relazioni e prassi di cura. Le comunità possono generare salute collettiva lavorando principalmente sulla costruzione del senso di appartenenza che si sviluppa attraverso la condivisione di esperienze e la convivialità; e, a partire da questo, le comunità possono agire a livello politico per vedere riconosciuti i propri diritti.

Il fallimento di una sanità concepita in modo rigidamente verticale e sconnessa dalle relazioni di comunità ha portato all’infantilizzazione dei cittadini. L’empowerment degli stessi dovrebbe promuovere la capacità della per-

sona ad “aspirare a...” (maggiore benessere, maggiore libertà e maggiore potere) attraverso un processo collettivo di responsabilizzazione ed autodeterminazione. Al contrario l’empowerment, nelle nostre organizzazioni sociali e sanitarie, è stato implementato attraverso la raccolta di un questionario di *customer satisfaction*, decretando in tal modo la fine del processo di democratizzazione delle nostre comunità. L’acquisizione degli strumenti per esercitare la propria libertà, il proprio potere politico-sociale, per migliorare le proprie vite (che non sono altro che spazi di democrazia) è un processo indispensabile per raggiungere quei beni e quelle risorse utili alla salute individuale e collettiva.

La salute che vogliamo

*“Abbiamo un’opportunità straordinaria:
ridefinire la sanità che vogliamo, che
è quella che offre salute e cura e non
prestazioni. ”*

La Salute (da non confondersi con la Sanità) che vogliamo deve essere interpretata e declinata in politiche trasversali che impegnino tutti i settori, dalla scuola all’industria, dall’agricoltura all’ambiente, dall’università alla ricerca ed, infine, il Servizio Sanitario Nazionale che deve diventare Servizio Socio Sanitario Nazionale

La Sanità che interpreti al meglio l’idea di Salute deve essere:

a) Sistemica: perché gli ospedali non possono essere presidio di prestazioni separate dal territorio e dalla comunità di riferimento. Il cittadino, nei suoi attraversamenti, determina processi e percorsi da declinare in termini di costi, bilanci e qualità delle cure. L’Ospedale e il Territorio devono essere integrati in tutti i loro processi; se il paziente/utente è al centro delle attività del Servizio Socio-Sanitario è lui che bisogna seguire per stabilire gli obiettivi di Salute, per misurare gli esiti, la qualità di vita e di cura e, quindi, per definire i finanziamenti da erogare. I costi ed i bilanci devono essere sociosanitari così come i LEA e gli esiti di salute, che non possono essere misurati con indicatori semplificati quali per esempio le giornate di degenza.

b) Pubblica: per spezzare l’evidente conflitto di interessi tra il privato (soggetto di pro-

fitto) e la persona assistita che paga le tasse perché le sia garantito il diritto alla salute. La Salute dei cittadini non può essere soggetto e oggetto di mercato con le sue determinazioni competitive. È un ossimoro gestire la salute dei cittadini mettendo in competizione pubblico e privato. La Salute “Pubblica” è un processo di democratizzazione delle comunità che hanno la capacità di ripristinare la catena di valore per lo sviluppo umano, economico e produttivo locale, orientata ai bisogni con l’obiettivo di riconvertire le risorse per fare crescere i sistemi di welfare comunitario, generativo e familiare, i servizi di prossimità, il capitale sociale delle comunità. La Salute, lo ripetiamo, si co-costruisce con le comunità, non può essere oggetto/soggetto di profitto, poiché allora diviene un *mercato di prestazioni* secondo la regola della domanda/offerta in cui i bisogni di salute sono quelli che il mercato induce e che la medicalizzazione della società interpreta e fa propri nel tentativo di placare l’ansia del malessere da esclusione sociale

c) Universalistica: ovvero dire rivolta a tutti, ma anche che agisce su tutti i determinanti di salute che devono essere al centro dell’intervento di salute e non essere lasciati come sfondo [nella realtà, quando si affronta la questione dell’impatto dei determinanti so-

ciali sulla salute, è più comodo e più semplice dichiarare l'impotenza del servizio sanitario a far fronte alla multidimensionalità dei bisogni e rifugiarsi in un intervento lineare, soltanto individuale e fondamentalmente di natura esclusivamente biomedica¹; vuol dire, altresì, impegnata a ridurre tutte le diseguaglianze, comprese quelle introdotte con la riforma del Titolo V della Costituzione ed il conseguente "regionalismo differenziato", e con lo Stato che dovrebbe garantire, attraverso linee di indirizzo e verifiche cogenti, la piena realizzazione degli obiettivi di salute; e sicuramente questi ultimi non possono essere definiti dal raggiungimento di pareggi di bilancio né tantomeno dalla enunciazione di LEA o dalla valutazione di esiti di trattamenti parziali; fattori questi (ed altri non citati) più vicini ad un'idea economico-finanziaria della salute che al concetto di salute dell'O.M.S. suffragato dalle evidenze scientifiche.

d) della Comunità: che in questo caso vuol dire creare una Medicina di Base forte interpretando lo spirito della conferenza di Alma Ata e costruendo un servizio sanitario capace di erogare interventi di promozione della salute, di prevenzione e di cura a cui la popolazione può accedere direttamente, ossia erogare interventi che sono prossimi geograficamente e organizzativamente ai bisogni di salute di una comunità. E questo dovrà essere molto di più dell'ambulatorio di un medico di base che agisce solo e isolato. L'idea si sostanzia nella realizzazione di una Casa della Comunità che è il luogo della e per la Comunità: luogo dell'accoglienza, luogo della partecipazione responsabile alla ricostruzione dei destini della comunità di appartenenza, luogo di superamento delle diseguaglianze. Un luogo dove tutti gli attori della convivenza (dalla scuola al lavoro, dai servizi sanitari a quelli sociali, dalle Istituzioni al volontariato e infine a tutti i cittadini) si ritrovano a progettare e a gestire insieme il benessere presente e futuro della comunità stessa. Questa cura "to-

tale" delle comunità è l'unica alternativa alle modalità neutralizzanti e desogettivanti del servizio sanitario così come ora concepito e soprattutto all'uso inappropriato e frequente dei presidi ospedalieri che accentrano risorse, ma spesso non promuovono salute.

e) Informata e Formata: in cui la formazione dei professionisti non si riduca ad un creditificio, ma sia una formazione nuova che porti con sé la dimensione relazionale della cura insieme alla capacità di riflessione, una Formazione basata sulla Riflessione.

f) della Relazione di Cura: in cui la logica della presa in carico, che rimanda ad un'idea paternalistica e verticistica di gestione della Salute, sia sostituita con l'idea della Relazione di Cura, che al contrario vuol dire partecipazione, condivisione e consapevolezza dei processi di salute. La relazione di cura è un sistema complesso di *manutenzione del vivente*², che non può essere pensata come una serie di attività settoriali che trovano nel mercato il luogo di incontro tra i bisogni e la loro soddisfazione, poiché questo ha provocato la *crisi della cura*³ in tutti i sistemi sociali che l'esperienza della pandemica ha reso evidente. Se leggiamo l'attuale crisi come una crisi della cura e non solo come una semplice crisi economica, l'obiettivo deve essere quello di rovesciare l'antropologia neoliberista invitando a porre la corporeità, i bisogni e la vulnerabilità dell'essere umano nel posto oggi occupato dall'impresa e dal mercato. Abbiamo necessità di una Società che si ponga costantemente in una relazione di cura con tutte le condizioni dei nostri corpi vulnerabili e delle loro relazioni con il loro ambiente naturale e sociale.

La Sanità che vogliamo insomma deve essere una *Società/Comunità della relazione di cura*, che abbia la capacità di dare ad ogni vita il suo valore, al fine di raggiungere quella tanto auspicata SALUTE GLOBALE così come definita dall'OMS.

1. LEZIONI PER IL DOPO Salute Comunità Democrazia di Benedetto Saraceno

2. Democratizzare la cura / Curare la democrazia G. Serughetti

3. *care crisis* di cui la letteratura sociologica e filosofica parla da più di un decennio per indicare gli squilibri generati dal capitalismo finanziario e le ricadute sulle vite delle persone.

La proposta

“Per questo riteniamo che l’armonizzazione dei rapporti di lavoro, con il passaggio alla dipendenza nel ruolo della Dirigenza per la Medicina Generale e per la Specialistica Ambulatoriale, sia preconditione indispensabile al superamento dell’attuale modello frammentato che la pandemia ha dimostrato essere inefficiente, poiché il regime delle convenzioni non da gli strumenti al sistema delle istituzioni pubbliche di coordinare, integrare e funzionalizzare i servizi della medicina di base in un servizio che si evolva in medicina di comunità, costituendo di fatto un modello di privatizzazione dei rapporti di lavoro endo-sistemico al SSN .”

Di fronte alla necessità di costruire nel Paese un modello uniforme di assistenza sociosanitaria territoriale, il dibattito a cui abbiamo assistito in questi mesi sui social media e sui mezzi di informazione specializzati si è concentrato prevalentemente sulla bozza di riforma prodotta da Agenas in ossequio ai contenuti della Missione VI.1 del PNRR e su ruolo e compiti della medicina convenzionata. Il dibattito è stato stimolato in particolare dalle condivise spinte riformatrici che vorrebbero giustamente il superamento delle convenzioni di MMG, PLS e della Specialistica Ambulatoriale nella direzione di una vera riforma delle cure primarie nell’ambito dell’assistenza sociosanitaria generale. L’attuale condizione della cura e del prendersi cura delle persone richiederebbe invece un dibattito molto più ampio ed approfondito e non sterilizzato sui contenuti del documento Agenas che, diciamo con molta chiarezza, anche nell’ultima versione è molto lontano dal rappresentare la vera riforma di cui il Paese avrebbe bisogno, costituendo semplicemente un documento tecnico rivolto al recepimento dei contenuti del PNRR. A noi sembra che, sebbene nell’ultima versione definisca standard di personale

omogenei, peraltro molto sottodimensionati e limitati solo ad alcune figure professionali, non proponga un modello organizzativo uniforme su tutto il territorio nazionale e non intervenga sulla riforma delle cure primarie. In realtà è un documento privo di qualsiasi ambizione riformatrice che incentri la propria visione sulla relazione di cura come paradigma dell’assistenza, preso com’è dalla descrizione della tecnostruttura e degli standard prestazionali.

La risposta al fallimento del sistema di cura ed assistenza territoriale, che ha dimostrato drammaticamente la sua inefficacia durante la pandemia anche in parti del Paese che si pensava fossero al sicuro, non può essere il restyling di modelli organizzativi vecchi, burocratici, statici che hanno sicuramente rappresentato una concausa di tale fallimento. Pensare di poter affrontare i bisogni socio-sanitari della popolazione, che sono in continuo mutamento, senza intervenire sull’organizzazione o riproponendo soluzioni già adottate, che negli anni hanno creato solo frammentazione, è quanto di più sbagliato si possa programmare. Proponiamo come esempio di quanto stiamo affermando, tutte le forme di

aggregazione dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta riproposte nel documento Agenas (AFT e UCCP), che nonostante una legge dello Stato le imponga dal 2012 (Decreto Balduzzi), non sono mai state realizzate compiutamente. La causa di questa riforma incompiuta è da attribuire da una parte ad una incapacità di integrazione accettabile delle AFT e UCCP con gli altri servizi del territorio e con quelli ospedalieri, e dall'altra ad una intrinseca impossibilità di governo dei processi di integrazione tra setting assistenziali differenti in cui i contratti di lavoro dei professionisti sono regolamentati da principi completamente diversi.

Per quanto riguarda i Distretti Socio Sanitari, che nella concezione originaria realizzata nella legge 833/78, avrebbero dovuto essere luoghi di pianificazione e di garanzia dell'assistenza socio-sanitaria, sono diventati negli anni presidi Aziendali di erogazione di servizi, smarrendo la missione principale di coinvolgimento della cittadinanza nella promozione della propria salute. Di fatto oggi i "Distretti Azienda", nella duplicazione e sovrapposizione di Unità Operative di gestione verticistica, rappresentano un ostacolo alla realizzazione di reti di servizi accessibili, multidisciplinari e interprofessionali, perché, anche a causa di un'organizzazione del lavoro vecchia più di cento anni, creano frammentazione degli interventi sanitari e sociali anziché favorire le relazioni di cura ed assistenza delle persone all'interno di percorsi che devono tendere sempre di più verso l'orizzontalità della rete. Volendo estremizzare Distretto/Ospedale e "presa in carico" sono concetti antinomici: i primi si rivolgono all'infrastruttura mentre il secondo dovrebbe guardare alla persona nella sua interezza e al contesto sociale in cui vive. Ed allora se la centralità della persona e la prossimità sono gli obiettivi ⁴, questi non possono essere raggiunti attraverso modelli organizzativi che oggi sono rivolti prevalen-

temente alla "tecnostruttura" e che non riescono ad affrontare la complessità. Questo ovviamente non vuol dire che per certe discipline si possa fare a meno degli ospedali, ma piuttosto che la distinzione fra ospedale e territorio è antistorica, antieconomica e dannosa per i cittadini proprio perché ne ostacola le relazioni con i "servizi", riproponendo l'eterno concetto che vede la persona = paziente = consumatore passivo di prestazioni, anziché tendere verso percorsi di cura ed assistenza di persone consapevoli e informate, protagoniste attive del proprio percorso di salute. Il Distretto va rafforzato come luogo di rappresentanza delle comunità e di coinvolgimento delle istituzioni locali e deve acquisire competenza: nella sua capacità di intercettare i cambiamenti in atto, di orientare gli interventi in base ai fabbisogni, di incidere sui determinanti di salute, di governare domanda ed offerta di salute, di interfacciarsi con i cittadini per informarli e renderli più consapevoli sui temi della salute (a partire dalle scuole), di promuovere la prevenzione, di leggere gli esiti degli interventi sanitari e sociali e in ultima analisi di produrre salute. Oggi abbiamo bisogno di un Distretto diverso; l'idea, riproposta ancora oggi del Distretto forte (azienda nell'azienda), allo stesso tempo "committente, produttore di servizi e controllore" è un'idea che non sta in piedi per principio (decido cosa fare, lo faccio e giudico se l'ho fatto bene o male). Pensare di far convivere governo politico (Enti Locali e Comitati di Distretto), gestione della produzione (Dipartimenti aziendali) e governo Distrettuale (Direttore di distretto) nello stesso contenitore è semplicemente un controsenso organizzativo. In rapporto alle Aziende sanitarie il Distretto va visto come luogo d'indirizzo e pianificazione della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari di un territorio determinato, in grado di interfacciarsi per competenza e conoscenza con le stesse Aziende sanitarie, al fine di esercitare il ruolo di pia-

4. non stiamo parlando di nulla di nuovo ma solamente ripensando a concetti proposti più di 40 anni fa ed annullati dall'ostracismo della banca mondiale che, ad una visione orizzontale delle cure e dell'assistenza incentrata sulla persona come quella proposta dalla conferenza di Alma Ata, ha imposto una propria visione verticale tutta rivolta alla malattia ed alla prestazione

nificazione e di valutare l'efficacia dei servizi erogati. **Per essere molto chiari, al Distretto la pianificazione ed il controllo, alle Aziende sanitarie la produzione.**

Se rivolgiamo lo sguardo a quanto accaduto in questi ultimi 20 mesi nel nostro Paese, ci lascia quanto meno sconcertati leggere nella premessa della Missione VI che: "nel complesso il SSN presenta esiti sanitari adeguati nonostante la spesa sul PIL sia inferiore alla media UE"; sarebbero "adeguati" gli ospedali sotto stress della prima ondata della pandemia, con la carenza di posti letto nelle terapie intensive e semintensive, con il disastro delle Rsa, con le donne e gli uomini che non rientrano nelle casistiche di mortalità, ma che sono morte sole, senza che nessuno si prendesse cura di loro, sarebbero "adeguati" i servizi per tutti coloro che sono morti perché hanno smesso di curarsi o che non hanno potuto curarsi, sarebbero adeguate le risorse per il personale sanitario ridotto allo stremo delle forze dopo turni massacranti impotente davanti all'iperafflusso di richieste causato dalla mancanza di filtro territoriale. Dovremmo riflettere inoltre su quello che è successo nelle successive ondate allorché per esempio, in molti territori non si è riusciti a realizzare un tracciamento efficace dei contatti, a causa di evidenti carenze gestionali determinate da scelte di sistemi informatici inadeguati che non sono tra loro in comunicazione e che hanno generato gravi carenze nella qualità dei dati raccolti. E allora forse non basta solo definire le strutture e cavarsela con qualche standard di personale, peraltro sottostimato e riferito solo ad alcune figure professionali, come si tenta di fare nella proposta di Agenas. Forse bisognerebbe essere un po' meno ambigui e chiarire con quale modello organizzativo si intende far funzionare le strutture individuate. **Per superare l'attuale disomogeneità dei diversi modelli di assistenza territoriale nelle regioni, il Paese ha bisogno di una riforma**

che per prima cosa stabilisca senza fraintendimenti che la gestione dei servizi sociosanitari nel territorio deve essere pubblica e che in tale contesto vengano definiti in maniera molto chiara e precisa gli standard organizzativi e di personale. Se davvero vogliamo un sistema di cura ed assistenza nel territorio che ruoti attorno ai bisogni delle persone, se vogliamo veramente un cambio di paradigma (da un modello verticale che privilegia la malattia e la prestazione ad un modello orizzontale che veda al centro la persona nella dimensione sociale in cui vive e si realizza) è necessario superare ogni ambiguità di sorta ed affermare con chiarezza che tutto ciò può avvenire solo all'interno di una gestione rigorosamente pubblica dei percorsi di cura ed assistenza. E' quindi assolutamente necessario identificare con chiarezza un gestore pubblico anche per i servizi e le strutture previsti dalla Missione VI 1 del PNRR (Case di comunità, Ospedali di comunità, Infermieri di comunità, ADI, ecc.), così come è indispensabile che gli standard necessari a garantire l'offerta di salute ai cittadini siano vincolanti in modo rigoroso per le Regioni, che non devono avere mano libero nella definizione dei fabbisogni di personale, al fine di impedire l'esternalizzazione e quindi la privatizzazione dei servizi, causa principale delle disuguaglianze e dell'arretramento del perimetro pubblico dell'offerta di salute. La strada intrapresa dalla Regione Lombardia, che ha varato una sua riforma sanitaria prima ancora che il governo abbia definito propri standard per la cura e l'assistenza territoriale, da una parte traccia il segno dello strisciante avanzamento di politiche di autonomia differenziata, dall'altra inasprisce nelle politiche di mercato il rapporto di competizione pubblico/privato in cui comunque quest'ultimo parte favorito, dovendo solo accomodarsi a costo zero in strutture messe in piedi con finanziamenti pubblici (ricordiamoci che 2/3 dei finanziamenti del PNRR sono prestati). È evidente che

le politiche di riforma sanitaria della Lombardia, tutte incentrate sul profitto e sulla mercificazione della salute della cittadinanza, sono la dimostrazione plastica dello scollamento istituzionale tra Governo e Regioni, che in questo Paese impedisce qualsiasi riforma di sistema in materia sanitaria, dopo la modifica dell'art. 117 della Costituzione.

Abbiamo bisogno di una nuova organizzazione del lavoro che favorisca la governance della multiprofessionalità nella rete dei servizi per i cittadini e di una vera riforma delle cure primarie che veda MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Psicologi, Assistenti Sociali e Infermieri di Comunità lavorare in team con il personale amministrativo dentro le Case della comunità e nel territorio, in un sistema integrato con gli altri professionisti del sanitario e del sociale, chiaramente orientato alla prossimità ed alla relazione con le persone. Un'organizzazione del lavoro rivolta alla persona, snella, avanzata, supportata da strumenti tecnologici che la rendano capace di adattarsi rapidamente ai mutamenti epidemiologici e che valorizzi l'autonomia professionale, privilegiando l'orizzontalità degli interventi sanitari, assistenziali e sociali. Nel documento di Agenas, che, lo ripetiamo non è altro che un tentativo di tradurre in riforma i contenuti del PNRR, al contrario si propone un modello privo di una vera ed integrata organizzazione del lavoro, ogni figura professionale viene inquadrata come monade a sé stante lasciando all'iniziativa personale, al buon senso individuale ed eventualmente al governo delle Regioni, il compito di organizzare ed integrare le attività nell'ambito di rapporti di lavoro che, per la loro natura libero professionale, impediscono, anche da un punto di vista normativo, la governance del sistema. Per questo riteniamo che l'armonizzazione dei rapporti di lavoro, con il passaggio alla dipendenza nel ruolo della Dirigenza per la Medicina Generale e per la Specialistica Ambulatoriale, sia

precondizione indispensabile al superamento dell'attuale modello frammentato che la pandemia ha dimostrato essere inefficiente, poiché il regime delle convenzioni non dà gli strumenti al sistema delle istituzioni pubbliche di coordinare, integrare e funzionalizzare i servizi della medicina di base in un servizio che si evolva in medicina di comunità, costituendo di fatto un modello di privatizzazione dei rapporti di lavoro endosistemico al SSN.

È necessario un cambiamento radicale dell'organizzazione del lavoro che tenda alla valorizzazione dell'autonomia professionale nella contaminazione continua delle competenze, superando la contraddizione ad oggi esistente tra l'ambizione di un'organizzazione di rete incentrata su multidisciplinarietà e multiprofessionalità e l'attuale assetto organizzato a silos di dipartimenti ed unità operative.

Questioni di merito

Il Distretto: il Distretto non è l'Azienda e non può quindi continuare ad essere struttura dell'Azienda in cui il ruolo di committente, produttore ed allo stesso tempo controllore dei servizi coincidono. Il distretto dovrà essere al contrario, quel luogo prima ideale e poi geografico, in cui amministratori, associazioni, sindacati e cittadini si incontrano e definiscono il fabbisogno sociale e sanitario delle comunità, dove l'obiettivo salute venga raggiunto in funzione dei determinanti sociali, ambientali e culturali che lo condizionano. Un luogo di democrazia e partecipazione dove i Sindaci e gli amministratori dovranno tornare finalmente ad occuparsi di salute come bene primario delle comunità, superando l'attuale insopportabile eccesso di delega attribuito alle Direzioni Generali Aziendali. Un luogo in cui coabitino il sociale e il sanitario, per arrivare a quella coincidenza indispensabile per raggiungere l'unitarietà della programmazione sociosanitaria e la vicinanza territoriale ai cittadini.

In sanità l'economia di scala tout court non funziona e non funziona soprattutto nei territori, perché allontana i cittadini, ne ostacola la relazione con i servizi e rende impossibile quell'alleanza fra chi offre cura ed assistenza e chi la riceve, alleanza che sta alla base del funzionamento di ogni organizzazione sociale e sanitaria. L'accentramento dei servizi in Macro Distretti riduce gli spazi di partecipazione dei cittadini e quindi anche gli spazi di democrazia in una società in transizione, in cui stanno cambiando profondamente i bisogni di salute della popolazione, a seguito dei fenomeni demografici (la popolazione italiana è la più vecchia fra i 27 Paesi europei, dopo la Germania), epidemiologici (la prevalenza delle malattie croniche spesso con caratteristiche di multi morbilità all'avanzare dell'età) e sociali (in cui viene meno il ruolo

della famiglia e della coesione sociale) ed in cui gli indici di povertà hanno raggiunto livelli intollerabili. Nel documento Agenas di riforma dell'assistenza territoriale, il Distretto, seppure delineato in una logica concettuale vecchia che per noi deve essere superata, è addirittura "banalizzato": non vi è nessun approfondimento su come debba o possa esercitare la governance sulle Case della Comunità (CDC), sui MMG e su tutti i professionisti che vi lavoreranno. Così come non è affatto chiara la relazione tra le centrali operativi territoriali (COT), le cui funzioni sono ancora meno chiare, e gli altri servizi (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Salute Mentale etc.) compreso l'ospedale. Il Distretto descritto nel documento Agenas è una scatola vuota, una presenza-assenza, che prefigura scenari già realizzati in alcune Regioni in cui i Distretti sono scomparsi.

Le cure primarie: non è pensabile affrontare la questione della relazione di cura e dell'assistenza sociosanitaria nei territori senza affrontare la questione delle cure primarie, come punto di forza dell'intero processo. Oggi sembra che ci si sia dimenticati di quello che è successo nella prima ondata della pandemia, laddove la frattura fra assistenza territoriale ed ospedaliera si è espressa in tutta la sua drammaticità, lasciando sul campo decine di migliaia di morti. I MMG sono stati lasciati soli, ad affrontare la pandemia senza strumenti, senza protocolli e senza organizzazione, così come i cittadini ai quali è stato negato il diritto ad essere curati.

L'Italia, nel 2020, a fronte di un numero di contagi che la collocava al centro della graduatoria dei Paesi europei, ha avuto un tasso di letalità fra i più alti al mondo e le motivazioni di quanto è accaduto sono molto chiare

e risiedono nella scelta politica consapevole di non aver voluto riformare l'assistenza e la medicina territoriale. Scelta politica che è stata pagata in termini di vite umane sia tra i cittadini che fra i professionisti. L'esperienza ha dimostrato, una volta per tutte, che la forza della sanità pubblica dipende da un efficace e capillare funzionamento dell'assistenza territoriale. E nonostante tutto ciò le prospettive di riforma dell'organizzazione del lavoro e dei servizi, richieste e sollecitate dagli stessi Medici di Medicina Generale, sono osteggiate dagli interessi corporativi degli Ordini Professionali e delle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.

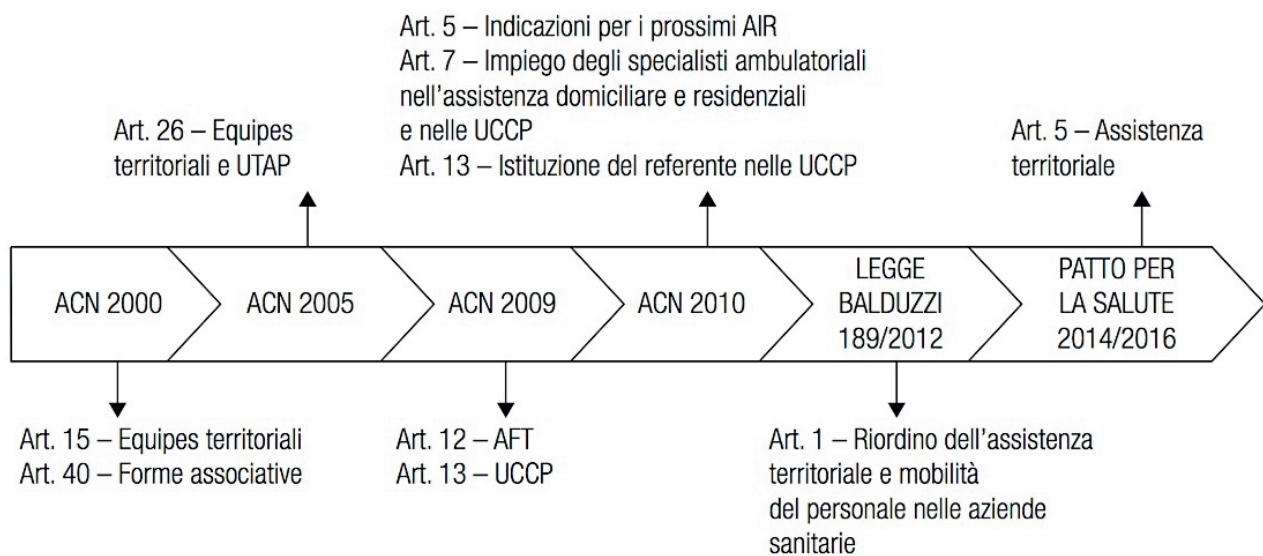
Gli interessi di parte prevalgono sull'interesse generale, il tutto mascherato da una mistificante interpretazione del rapporto fiduciario tra medico e paziente che, a detta di taluni, può essere tutelato solo da un rapporto di lavoro libero professionale. Al contrario in Paesi che hanno saputo affrontare la pandemia meglio di noi (vedi Spagna e Portogallo), e dove oltretutto la spesa sanitaria pro-capite è inferiore a quella italiana, i MMG sono dipendenti pubblici e questo non costituisce in alcun modo un ostacolo al rapporto fiduciario tra medico e cittadini. La vera essenza del rapporto fiduciario non si realizza infatti nel rapporto tutto privato uno a uno, medico - paziente, ma fra cittadino consapevole e sistema (inteso come sistema salute), in cui la persona è protagonista attiva dei percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione. È in questo contesto di "sistema salute" che auspichiamo si realizzi finalmente il passaggio graduale e progressivo al rapporto di lavoro di dipendenza con il SSN di tutti i professionisti, compresi MMG (Cure primarie, Continuità Assistenziale, Emergenza Urgenza Territoriale), PLS, e Specialisti Ambulatoriali. Il passaggio alla dipendenza, con il superamento del rapporto a quota capitaria, comporterebbe tra l'altro, per i professionisti, l'acquisizione delle tutele e dei diritti contrattuali e la valorizza-

zione dell'autonomia professionale propria del CCNL della Dirigenza medica e sanitaria. Tutto questo anche attraverso il definitivo superamento delle forme associative che, con i diversi ACN e con legge Balduzzi del 2012, hanno creato solo frammentazione dei servizi e disomogeneità dell'offerta di salute. Di fatto oggi il 32% dei MMG lavora ancora da solo nel proprio studio privato, malgrado leggi dello Stato e intese Stato Regioni prevedano la continuità assistenziale per 24 ore, 7 giorni su 7, in molti territori gli ambulatori di MMG continuano ad essere aperti 3 ore al giorno (se singoli) o 6 ore al giorno (se in associazione), per 5 giorni a settimana, a causa dell'organizzazione del lavoro che lascia isolati, senza sostegno e senza tutele, i Medici di Medicina Generale a rispondere ai bisogni di salute primari della cittadinanza. Noi riteniamo che prima di tutto, alla base di qualsiasi idea di riforma debba esserci il superamento di questa frammentaria (dis)organizzazione. I teams multiprofessionali composti da MMG, PLS, SA, Psicologi, Infermieri di Comunità, Assistenti Sociali e con l'indispensabile apporto di personale amministrativo, dentro le Case di Comunità, devono diventare il pilastro della rifondazione della medicina territoriale e su di essi dovrà essere costruito tutto il percorso di relazione di cura e assistenza con i cittadini, secondo modelli già sperimentati in altri paesi e seguendo le indicazioni dell'OMS.

A fronte di un modello complesso, rivolto alla complessità delle persone, lascia sconcertati la semplificazione delle proposte contenute nel documento di Agenas, secondo il quale la soluzione del problema risiederebbe nel chiedere ai MMG di lavorare due ore a settimana nelle Case della Comunità. Al contrario, per valorizzare il ruolo primario dei MMG e per favorire la loro crescita professionale, è indispensabile la contaminazione delle competenze nella rete di relazioni del sistema di cura ed assistenza.

Propedeutica a questa contaminazione di sa-

peri e competenze dovrà essere l'istituzione di una formazione universitaria che, al pari di tutti i corsi di specializzazione in medicina, garantisca il cittadino ed il MMG nel raggiungimento di un elevato standard formativo, accreditato ed omogeneo alle altre specialità mediche. E' urgente e necessario superare il dualismo formativo tra MMG e medici ospedalieri, ostacolo all'integrazione professionale e causa principale della barriera culturale.



L'Informatizzazione: Piattaforme informatiche adeguate serviranno a favorire le relazioni fra i teams di cure primarie e gli altri professionisti della rete (della Riabilitazione, dei Dipartimenti di Salute Mentale, dei Consultori, dei Serd, degli Ospedali di comunità, della Rete ospedaliera, delle Reti sociali, dei Comuni ecc.) nei percorsi di cura ed assistenza. La Telemedicina, in tutte le sue applicazioni, dovrà servire a rafforzare la rete di relazioni fra i diversi professionisti del sistema e con il cittadino, nell'ottica della Salute Globale, che è cultura e biologia insieme. Non potrà sostituire competenze e funzioni dei singoli professionisti né tantomeno surrogare la relazione umana.

Le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità: nelle intenzioni della Missione VI.1 del PNRR le Case di comunità devono diventare lo strumento in grado di governare tutta l'offerta dei servizi sociosanitari territoriali, in modo particolare quella rivolta alle persone con patologie croniche. Ne verranno realizzate 1350 in tutto il territorio nazionale in aggiunta a quelle già esistenti e dovranno promuovere, secondo le indicazioni del PNRR, "un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sedi privilegiate per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale". Nel dossier di accompagnamento al PNRR, a seguito della realizzazione delle Case della comunità si prevedono risparmi di spesa

aggiuntivi rispetto al finanziamento comunitario, che dovranno realizzarsi attraverso una riduzione dei ricoveri inappropriati per patologie croniche come Diabete, BPCO ed Iperensione, con un contenimento degli accessi al Pronto Soccorso del 90% per i codici bianchi e del 60% per i codici verdi. I dati provenienti dalla Regione Emilia-Romagna e che riguardano l'impatto delle Case della salute nei territori di riferimento (125 CdS già attive in ER) su ricoveri ed accessi al PS, fotografano invece una realtà diversa da quella ipotizzata dal PNRR: - 16.1% (- 25.7% quando i MMG operano nelle Case della salute) di accessi al PS e - 2.4% di ricoveri per patologie trattabili a livello ambulatoriale. Nelle Case della salute "cittadine" la riduzione degli accessi al PS è ancora inferiore (10.3 %) e non vi è stata nessuna sostanziale riduzione dei ricoveri ospedalieri per patologie trattabili a casa o in ambulatorio. Se uno degli obiettivi del PNRR è quello della riduzione degli accessi al PS ed in ospedale, questo sarà ben lungi dall'essere realizzato con una rete di prossimità a maglie larghe come, ad esempio, quella della Lombardia, ma anche di tante altre Regioni italiane, con una CdC ogni 50 mila abitanti. In l'Emilia-Romagna per esempio si realizzeranno 210 Case della comunità (125 già attive + 85 previste dal PNRR), una ogni circa 20 mila abitanti mentre in Lombardia ne verranno costruite 187 (zero attive oggi + 187 previste dal PNRR), una ogni circa 50 mila abitanti.

Nel Paese la realizzazione delle Case della salute ha seguito la prassi ormai consolidata della disomogeneità territoriale (8 Regioni, il 30% non ne hanno realizzata nessuna). Il dato è ancora peggiore se rivolgiamo l'attenzione agli Ospedali di comunità, dove nel 50% delle Regioni non ne è stato realizzato nemmeno uno. Alla fine del 2026, quando in tutto il territorio nazionale si saranno realizzate le 1350 CdC previste dal PNRR, vedremo il perpetuarsi della solita difformità fra le diverse Regioni nel numero di strutture portate

a termine, che si tradurrà inevitabilmente in disomogeneità organizzativa e di accesso ai servizi per il cittadino.

In estrema sintesi riteniamo che il rincorrere la realizzazione di strutture territoriali senza definire un modello organizzativo che sia uniforme su tutto il territorio nazionale, che favorisca la prossimità e l'accesso alle cure ed all'assistenza (e non può certo essere una CdC ogni 50 mila abitanti), rischia di rendere vano l'enorme sforzo economico che si sta realizzando e di diventare l'ennesima occasione persa da questo Paese.

Ribadiamo ancora una volta che l'organizzazione della rete di relazioni fra il sistema dei servizi sanitari e socioassistenziali e i cittadini deve essere in capo ai teams multiprofessionali costituiti da MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali, Psicologi, assistenti sociali Infermiere di comunità e da personale amministrativo, che devono operare dentro le Case di comunità, garantendo comunque la prossimità territoriale ai cittadini, anche attraverso la collaborazione attiva con gli enti locali, nelle funzioni proprie dei Distretti.

Quello che noi vorremmo come professionisti della salute è un nuovo modo di lavorare che rompa definitivamente con l'attuale organizzazione a canne d'organo; una modalità snella, centrata sui percorsi di cura ed assistenza, che valorizzi le competenze professionali e la relazione fra i professionisti e fra questi ed i diversi portatori di interesse. Quello che temiamo invece è la riproposizione della prassi del poltronificio, ossia che, con le nuove strutture che si andranno a realizzare nei territori, si vogliano perpetuare oltre che vecchi modelli anche vecchie consuetudini, fattori che negli anni, vale la pena ribadirlo, hanno determinato frammentazioni nell'organizzazione e disorientamento nei cittadini generando spesso sprechi e inefficienze.

La prevenzione: La Missione VI. del PNRR fa riferimento al concetto di Salute Globale e One Health così come auspicato da anni dall'OMS e dallo stesso ISS⁵ e riserva al sistema della prevenzione compiti certamente non nuovi e ambiziosissimi, con nessuna previsione di spesa che viene rimandata ad un successivo disegno di legge previsto per metà 2022. Negli anni gli investimenti dedicati ai Dipartimenti di prevenzione sono via via diminuiti, sino ad arrivare a valori residuali del 1 - 2% dei fondi sanitari regionali, a fronte di una previsione del 5% prevista dai piani sanitari nazionali. Il disinvestimento progressivo ha comportato la drastica riduzione del personale dedicato (si pensi per esempio ai Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, che negli ultimi 10 anni hanno perso il 50% di addetti), con conseguente perdita di competenze ed una tendenza sempre più radicata a privilegiare le attività di vigilanza e controllo in ambito lavorativo, ambientale ed alimentare, rispetto alle attività di prevenzione primaria. L'attenzione dedicata alla promozione di corretti stili di vita, all'impatto dei determinanti di salute sulla vita delle comunità ed alle connessioni di questi con le politiche pubbliche (scuola, mobilità, inclusione sociale, tempo libero, politiche abitative, ecc.) è oggi marginale rispetto all'attività di vigilanza su specifici settori di intervento. A questo si aggiunga che l'attuale organizzazione delle aziende sanitarie comporta una frammentazione delle attività di prevenzione, che sono spalmate su diversi Dipartimenti, Unità operative e Distretti, con evidenti difficoltà nella governance dei processi (programmazione, realizzazione e verifica dei risultati.) I piani nazionali della prevenzione (tradotti nei diversi piani regionali), che dovrebbero essere lo strumento che permette di realizzare la sintesi degli interventi nei diversi territori, vengono molto spesso giustamente letti come documenti astratti, dispersivi e avulsi dal contesto su cui dovrebbero essere applli-

cati. La pianificazione degli interventi di prevenzione dovrebbe invece partire dai territori e vedere nel Distretto il luogo naturale in cui devono realizzarsi, tenendo conto dei fattori di co-morbilità e delle diversità territoriali, guidata da solidi dati epidemiologici.

Nessun intervento di prevenzione che non sia trasversale e che non preveda il coinvolgimento attivo delle comunità fin dalla fase di progettazione, coinvolgimento che non può risolversi con una semplice consultazione un tantum o con la somministrazione ai cittadini di uno sterile questionario di gradimento, potrà mai avere successo.

La formazione e la ricerca: Non si può parlare di Salute senza affrontare i temi della formazione e della ricerca.

La formazione necessaria che coadiuvi un nuovo progetto per la promozione della Salute Globale deve essere orientata alla sua produzione e non soltanto ad interventi riparativi. Il Servizio Sanitario o meglio l'auspicato Servizio Socio-Sanitario Nazionale Pubblico e Universale, dovrebbe dialogare con l'Università in un rapporto di reciprocità di interessi. Il SSSN, che è il fruitore finale dell'attività formativa che si svolge nelle Università, non è attualmente in grado di influenzare in alcun modo la produzione di competenze ad esso funzionali. Sarebbe auspicabile che in questo rapporto di reciprocità la formazione sul campo si potesse svolgere in tutti i setting assistenziali di cura, per promuovere le competenze utili ad affrontare la sfida di una relazione di cura in una dimensione di Salute Globale. E' il momento, inoltre, che l'Università si emancipi dalla dimensione biomedica della salute ed aumenti la sua prospettiva culturale; allo stesso tempo l'Università deve svincolarsi dal rapporto esclusivo con l'assistenza ospedaliera ed aprirsi alle differenti forme di assistenza territoriale, formando i futuri professionisti sanitari alle cure a mi-

5. "La One Health è un approccio ideale per raggiungere la salute globale perché affronta i bisogni delle popolazioni più vulnerabili sulla base dell'intima relazione tra la loro salute, la salute dei loro animali e l'ambiente in cui vivono, considerando l'ampio spettro di determinanti che da questa relazione emerge"

nor grado di intensità quali l'assistenza nelle strutture residenziali territoriali (RSA, Hospice, Ospedali di Comunità) e l'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria; ma anche alle numerose attività di prevenzione e cura erogate sul territorio di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche.

Se l'università si avvicinasse alla Salute così come definita dall'OMS potrebbe, insieme ad altri organi ed enti pubblici, promuovere la ricerca sui bisogni di salute reali dei cittadini, in base ai quali disegnare le politiche necessarie e prevedere i fabbisogni di nuovi professionisti. La "Ricerca", in questa prospettiva, non può che essere libera ed indipendente, mossa non da logiche di profitto economico e di carriera, ma finalizzata al miglioramento continuo della qualità dei servizi pubblici ed ispirata a logiche di promozione del bene pubblico "salute". Nel contempo i suoi risultati consentirebbero la migliore pianificazione di politiche, servizi, organizzazione e gestione dei diversi ambiti nei quali si promuove la salute delle comunità.

E' del tutto evidente il fallimento dei criteri adottati per la determinazione del fabbisogno del personale sanitario (soprattutto medici): da un lato il numero chiuso per l'accesso universitario che, oltretutto sottostimato, impedisce il diritto allo studio di molti giovani e di converso l'impossibilità per tanti giovani neo-laureati ad entrare nelle Scuole di Specializzazione.

La Salute è quindi formazione omogenea ed accreditata per tutti anche per i MMG che nel quadro di Salute Globale che abbiamo disegnato non possono fruire di una formazione regionale, disomogenea ed affidata a corporazioni sindacali con docenti non curricolari, così come non è possibile affidare la formazione ECM degli operatori sanitari, a provider privati senza un criterio di selezione preventivo delle attività formative che dovrebbero essere legate alla rilevanza dei bisogni di salute reali dei cittadini.

Quindi proponiamo:

- Superamento graduale e progressivo del numero chiuso nell'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Contratto formazione lavoro per i medici specializzandi con acquisizione progressiva di autonomia professionale;
- Allargamento della rete formativa universitaria alle macrostrutture extra-ospedaliere delle aziende sanitarie ed alle numerose forme di assistenza socio-sanitaria territoriale;
- Accredimento universitario di tutte le scuole di specializzazione compresa la formazione specialistica della medicina generale con equiparazione formativa ed economica di tutte le scuole;
- Maggiori investimenti per il finanziamento della ricerca indipendente;
- Promozione dei progetti di ricerca finalizzati allo studio dei bisogni reali della popolazione e dell'impatto sulla salute delle persone delle politiche attuate in grado di influenzare i determinanti di salute;
- Maggiore investimento sulla formazione ECM per il personale sanitario che deve essere a gestione pubblica, omogenea sul territorio ed orientata alla rilevanza dei bisogni di popolazione.

La salute non solo è un diritto, ma è soprattutto un valore culturale e politico di democrazia, intorno al quale le comunità devono costruire le organizzazioni, le istituzioni, i servizi, la formazione e la ricerca che la esprimano.

Ed è per questo che ci saremmo aspettati un cambio di paradigma, non un cambio di forma, che davvero rinnovasse e rafforzasse il SSN pubblico ispirandosi ad una politica della cura e per la cura in cui al centro ci fossero le persone: pazienti e professionisti.



**MEDICI
E DIRIGENTI
SSN**