

INNOVARE IL WELFARE SOCIO SANITARIO, LE 3 PRIORITA'

1. Prevenzione
2. Continuità Assistenziale e h24 nel Territorio
3. Integrazione tra Sociale e Sanità:
dopo il Patto per la Salute un Patto per il Sociale

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**.

 *per*
approfondire

- [Piano Nazionale della Prevenzione](#)
- [Piani della Prevenzione regionali e locali](#)
- [Come affrontare le disuguaglianze nella salute \(G.Maciocco\)](#)
- [Principali meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute in ambito non sanitario \(Di Monaco, Costa\)](#)
- [2087 - RLS Formazione e informazione per la sicurezza nel lavoro](#)
- [Migliorare il benessere dei lavoratori: sicurezza, prevenzione e promozione della salute \(Epicentro\)](#)

INNOVARE IL WELFARE SOCIO SANITARIO, LE 3 PRIORITA'

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 il nuovo Regolamento per gli standard della rete ospedaliera.
 - "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.



- [CGIL: Assistenza socio sanitaria territoriale h 24](#)
- [Le leve di cambiamento dell'Assistenza Primaria. Una proposta.](#) di Antonio Brambilla, Francesco Longhi, Davide Botturri
- [Sul Chronic Care Model \(G. Maciocco\)](#)

INNOVARE IL WELFARE SOCIO SANITARIO, LE 3 PRIORITA'

Integrazione tra Sociale e Sanità: dopo il Patto per la Salute un Patto per il Sociale

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