



FINANZIAMENTI EUROPEI PER LA RIPRESA: USARLI BENE PRIORITÀ: ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA TERRITORIALE

- L'emergenza sanitaria da Covid-19, e le gravi conseguenze sociali ed economiche che ha provocato, hanno spinto i Governi dell'Unione Europea a riconsiderare le politiche di austerità, perseguite in questi anni con esiti catastrofici, e a mettere finalmente a disposizione ingenti risorse per il rilancio dei Paesi colpiti dall'epidemia. Si tratta di **una fondamentale occasione per ripensare e rilanciare il nostro welfare socio sanitario**.
- Le risorse sono sostanzialmente, ma non solo, quelle provenienti dal Recovery Fund (progetto Next Generation UE; per l'Italia: 209 miliardi di cui 90 come sovvenzioni) e quelle (ancora da decidere) del Meccanismo Europeo di Stabilità (MES). Tuttavia non è scontato che saranno spese bene: sarebbe imperdonabile fare errori o sprecarle. Perciò **occorre inserire le risorse in Progetti con obiettivi chiari e verificabili**, destinandole in modo significativo al **welfare socio sanitario**.
- La drammatica lezione della emergenza pandemica ci ha confermato che è indispensabile rendere più forte il Servizio Sanitario Nazionale, pubblico e universale e che priorità assoluta sono il **potenziamento e la ristrutturazione dell'assistenza integrata sociosanitaria territoriale**, avendo ben presente che *la sua risorsa principale, come si è visto, è il Personale*. È evidente che il modello che separa sanità da sociale, fondato prevalentemente sul "ricovero", sia in ospedale che in altre strutture residenziali, come le Rsa, ha mostrato enormi limiti. È invece diritto e aspirazione di ogni persona vivere e curarsi nel proprio contesto di vita, con il sostegno dei servizi domiciliari e territoriali. Ciò è più efficace e sicuro, a maggior ragione quando la persona è più vulnerabile: anziana e non autosufficiente, con malattie croniche, con problemi di salute mentale, dipendenze, disabilità, detenuta, migrante, ecc.
- È necessario che si affermi in maniera compiuta un **modello di "salute di comunità e nella comunità"**. È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a **un sistema centrato sulla salute**, che non eroghi solo prestazioni, ma operi per contrastare le malattie, in un'ottica di prevenzione e promozione della salute. È necessario **un rinnovamento delle politiche sociali**, a lungo relegate al margine delle politiche pubbliche, per accompagnare gli individui lungo l'intero percorso della vita, in particolare nei momenti di fragilità, in modo integrato con il sistema sanitario. Tutto ciò è indispensabile per aiutare le persone a stare bene, per costruire comunità locali

resilienti, per **garantire un'assistenza continua e globale, facilmente accessibile e flessibile**, capace di prendersi cura delle persone nel contesto in cui vivono, assicurando **continuità tra territorio e ospedale**, promuovendo un utilizzo appropriato dell'ospedale, favorendo il protagonismo di individui, formazioni sociali e sindacali.

- in questo contesto, il potenziamento del territorio è parte di **un disegno complessivo e unitario di rinnovamento del sistema sanitario** e rappresenta un modo di concepire la sanità che riguarda tutti i livelli di assistenza, **compresa l'assistenza ospedaliera**. In tal senso il superamento degli storici divari nell'offerta ospedaliera (a danno delle popolazioni di alcuni territori, in particolare del Mezzogiorno) costituisce un obiettivo da perseguire in sinergia con quello del potenziamento del Distretto, in un'ottica di reciproco rafforzamento.
- Le risorse che si renderanno disponibili possono permettere, finalmente, di realizzare questo modello, la cui costruzione è stata ostacolata non solo dalla mancanza di finanziamenti ma anche dalle molte resistenze culturali e da precisi interessi. Un simile modello presuppone **una forte propensione all'innovazione e al cambiamento**. Le malattie croniche non trasmissibili, la sofferenza e la disabilità che comportano - protratte e variabili nel tempo, sfidano il modello dominante di assistenza sanitaria e richiedono modelli altamente innovativi capaci di coniugare interventi sanitari e interventi sociali; richiedono inoltre una grande flessibilità nella organizzazione dell'assistenza (come sostiene l'OMS).
- Ecco perché le risorse vanno indirizzate verso progetti di innovazione del nostro welfare, piuttosto che incanalate nei settori "tradizionali" in cui sinora si sono concentrate. Occorre perciò investire in **Progetti dedicati a una forte infrastrutturazione dei servizi territoriali**, una loro solida organizzazione, ragionevolmente omogenea su tutto il territorio nazionale, una ben più robusta attenzione ai determinanti sociali della salute.
- Ciò implica **un utilizzo delle risorse per Progetti strategici, superando distribuzioni "a pioggia"** o a quota capitaria, per evitare dispersioni e duplicazioni e, soprattutto, per evitare il perpetuarsi dei divari preesistenti, a lungo denunciati ma poco contrastati.
- I singoli Progetti devono indicare anche **percorsi di convergenza** finalizzati al superamento delle disuguaglianze di salute tra la popolazione e tra territori (Nord e Sud in specie) e al loro interno, per una maggiore uniformità nel Paese nell'accesso a servizi e a prestazioni di qualità, come prevede la nostra Costituzione, e per raggiungere un'effettiva universalità nel godimento dei diritti sociali.
- Le risorse devono essere destinate **non solo a spese in conto capitale**, ma anche a spese correnti per progetti "start up" e per l'acquisto di beni. Non solo "muri e attrezzature tecnologiche", peraltro importanti, ma formazione e ricerca, progetti personalizzati di presa in carico, assistenza domiciliare, coprogettazione intersettoriale e partecipazione democratica, senza i quali il progetto di infrastrutturazione sarebbe incompiuto.
- Perché questo cambio di paradigma metta solide radici c'è bisogno di un **ripensamento profondo della formazione** dei futuri e degli attuali professionisti della salute e del sociale, a partire dalle università, per superare la diffusa carenza di competenze su temi quali la sanità pubblica, i determinanti di salute, il lavoro in rete, l'integrazione fra settori, istituzioni e professionisti, il ruolo delle comunità.

BISOGNI E RISORSE: innovare, recuperare ritardi, superare i divari

In questa parte del documento vengono proposti il Piano Nazionale per l'Assistenza socio sanitaria territoriale (PNT) e i relativi Progetti specifici nazionali, da attuare a livello regionale e locale. Essi riguardano sia l'ambito sanitario che quello sociale (in una prospettiva di reale integrazione) e chiamano in causa *le responsabilità istituzionali di Governo, Regioni e Comuni*. Per il successo dei Progetti - **considerato che riguardano proprio l'infrastruttura sociale del territorio - è decisivo il ruolo di Regioni e Comuni**. E devono essere disegnati, realizzati e valutati **con il coinvolgimento delle associazioni sociali, delle organizzazioni del Terzo Settore e sindacali e la partecipazione dei cittadini**, come raccomanda l'OMS.

I progetti sono in parte nuovi e in parte riprendono progetti già elaborati ma rimasti del tutto, o parzialmente, inattuati (anche per ragioni economiche): in quest'ultimo caso si tratta di individuare strumenti operativi per rimuovere gli ostacoli che ne hanno impedito la realizzazione, recuperare i ritardi e superare i divari nella loro attuazione (fra territori, gruppi di popolazione e problemi di salute).

1. Il Piano Nazionale per l'assistenza socio sanitaria territoriale (PNT)

Il rinnovamento del sistema socio sanitario ha come leva principale il potenziamento dell'assistenza territoriale, il cui compito - presidiare la salute delle persone e delle comunità - è stato riscoperto dopo anni di disattenzione proprio in occasione della pandemia di Covid-19.

Un efficace potenziamento delle reti dell'assistenza socio sanitaria territoriale richiede un impegno collettivo e un'organizzazione "strutturata" **nel Distretto** in grado di organizzare i servizi in funzione delle persone e della comunità (e non delle malattie), realizzando una forte integrazione fra professionisti e fra istituzioni, fra sociale e sanità, con la partecipazione della popolazione. **E' dunque il Distretto socio sanitario, inteso come "struttura forte", il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale, e da cui devono dipendere strutture e professionisti.**

Il PNT richiede una molteplicità di interventi, sul piano culturale (un deciso cambio di prospettiva: dalle prestazioni alle persone e alla comunità) e sul piano economico (utilizzando *bene* le risorse, partendo dai bisogni e non dal mercato). Implica interventi che possono essere realizzati: *a)* con le risorse già disponibili (attraverso una loro migliore finalizzazione), *b)* con risorse aggiuntive destinate a coprire spese correnti concentrate prevalentemente nei primi anni di riorganizzazione ("start up") e *c)* con risorse aggiuntive destinate a coprire spese di investimento.

Il PNT individua obiettivi da perseguire, azioni da realizzare, risorse da impegnare e strumenti di monitoraggio. Si articola in **Progetti riferiti a specifici ambiti di intervento**, rispetto ai quali **il PNT svolge il compito di assicurarne il coordinamento**, in particolare nelle azioni trasversali che coinvolgono più progetti specifici, e promuoverne un concreto e deciso impatto locale.

II PNT: 7 OBIETTIVI da perseguire

1. Rispettare la dignità di ogni persona e il **diritto universale** alla tutela della salute e all'accesso tempestivo ad un'assistenza sociale e sanitaria di qualità. Un'attenzione particolare è rivolta alle persone fragili, nel rispetto della **Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità**, ratificata dall'Italia.
2. Migliorare la **qualità dell'assistenza** e rispettare il **diritto di curarsi nel proprio contesto di vita**
3. **Superare i divari territoriali** per garantire il **diritto alla salute e alle cure in ambito sociale e sanitario** su tutto il territorio nazionale, come prevede la Costituzione
4. Favorire un'**occupazione stabile e di qualità nel settore sociale e sanitario, e nei settori extra welfare** (es. per chi lavora nella riqualificazione degli ambienti e delle strutture)
5. Migliorare la **qualità e la sicurezza dei luoghi** delle cure, a beneficio di utenti e operatori
6. Promuovere comunità dotate di **luoghi/spazi adatti alle esigenze delle persone vulnerabili**
7. Promuovere l'**uguaglianza di genere**, anche sostenendo le attività informali di cura.

II PNT: 15 AZIONI da realizzare, anche all'interno degli specifici Progetti

1. Definizione di standard e requisiti qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi per l'assistenza territoriale, e per le strutture residenziali e semi residenziali che operano nell'area della integrazione socio sanitaria
2. Definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e di strumenti per l'integrazione con i Lea sanitari, con i relativi finanziamenti (es. budget di salute)
3. Transizione dai percorsi verticali orientati alla cura della patologia (PDTA) e alle reti integrate di cure primarie orientate alla salute di persone e comunità.
4. Formazione e aggiornamento professionale (cure primarie, presa in carico proattiva, integrazione, lavoro in rete, budget di salute, ecc.), informazione e comunicazione.
5. Potenziamento delle reti socio-sanitarie territoriali a partire dall'adeguamento delle risorse di personale nel sociale e nel sanitario, integrate e coordinate dal Distretto.
6. Formazione universitaria di MMG e professionisti sociosanitari, anche con percorsi formativi comuni alle diverse figure professionali. Inserimento di MMG, PLS all'interno del Distretto
7. Significativo potenziamento di assistenza domiciliare, cure palliative e terapia del dolore
8. Adeguamento delle dotazioni tecnologiche e informatizzazione dell'assistenza territoriale, anche per la relazione/continuità ospedale territorio.
9. Ristrutturazione/realizzazione di tutte le strutture territoriali: Case della Salute, strutture intermedie, presidi a degenza temporanea-Ospedali di Comunità, Consultori, Centri di Salute Mentale, Servizi per le Dipendenze, Poliambulatori, Centri neuropsichiatria infantile, hospice, ...
10. Adeguamento e qualificazione di tutti i luoghi delle cure destinati all'assistenza territoriale (compresi impianti di areazione/climatizzazione, sale di attesa, servizi igienici, spazi verdi, ecc.)

11. Riconversione delle strutture residenziali di grandi dimensioni e non inserite nelle comunità
12. Realizzazione nelle comunità di luoghi, spazi, abitazioni adeguati alle esigenze delle persone fragili e con disabilità, compresi interventi di domotica
13. Realizzazione di interventi per rendere le “Comunità amiche delle persone con demenza” (dando attuazione alle Linee Indirizzo Conferenza Regioni dicembre 2019)
14. Realizzazione di progetti per la mobilità delle persone con disabilità
15. Potenziamento delle attività di prevenzione, individuale e collettiva (anche dando attuazione del nuovo Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025)

Il PNT: le risorse necessarie

Sono previste spese totali per 30 miliardi distribuiti su 3 - 4 anni per una solida infrastrutturazione della rete territoriale finalmente ai livelli previsti per la rete ospedaliera. Una solida rete territoriale è peraltro indispensabile per assicurare la *qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera* e la continuità assistenziale.

Al PNT sono destinati 4 miliardi per le azioni trasversali, le restanti risorse sono destinate ai Progetti specifici sotto indicati. Il PNT e i Progetti specifici sotto indicati rappresentano le 10 priorità, e si inseriscono nella più complessiva programmazione, sull'utilizzo delle risorse europee per il rilancio del SSN (che solo per il Recovery Fund si stimano valere 68 miliardi) e del Welfare Sociale.

Il PNT e i relativi Progetti	Stime fabbisogni* (euro)
1. Il PNT (Piano Nazionale per l'assistenza socio sanitaria Territoriale)	4 miliardi
2. Progetto Case della Salute (Case di Comunità, Prossimità ...)	6 miliardi
3. Progetto Cronicità - non autosufficienza e disabilità	9 miliardi
4. Progetto Salute Mentale	2 miliardi
5. Progetto Dipendenze	1,5 miliardo
6. Progetto Salute e Carcere	1 miliardo
7. Progetto salute e giovani, famiglie e genere	1 miliardo
8. Progetto cure palliative e terapia del dolore	0,5 miliardi
9. Progetto sicurezza e qualità dei luoghi delle cure	3,5 miliardi
10. Progetto prevenzione e promozione della Salute	1,5 miliardi
TOTALE	30 miliardi

*N.B. La stima dei fabbisogni va ulteriormente verificata e specificata.

Nella pagine seguenti, dopo le firme, i box con i Progetti specifici

Prime Organizzazioni firmatarie (al 13 ottobre 2020)

Salute Diritto Fondamentale; SOS Sanità; saluteinternazionale.info; CoPerSaMM (Conferenza permanente per la salute mentale nel mondo F. Basaglia); CGIL; CISL; UIL; Gruppo Abele; Libera; CNCA (Coordinamento nazionale comunità di accoglienza); UNASAM (Unione nazionale associazioni salute mentale); Cittadinanzattiva; Cipes (Centro d'Iniziativa Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria); Antigone; Forum Droghe; La Società della Ragione; SIEP (Società italiana di epidemiologia psichiatrica); Club SPDC no restraint; SPI CGIL; FNP CISL; UILP UIL; Fondazione Franca e Franco Basaglia; Campagna Prima la Comunità; Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali; Fondazione Zancan; Forum nazionale salute in carcere; Wapr Italia (World association for psychosocial rehabilitation); FP CGIL; FP CISL; CISL Medici; UIL FPL; SISM (Segretariato Italiano Studenti in Medicina); A Buon Diritto; Forum Salute Mentale; Legacoopsociali; Federconsumatori; Casa della Carità (Milano), Campagna Salute Mentale Lombardia, Grusol (Gruppo Solidarietà Marche); La Bottega del Possibile (Torino); Consorzio coop. sociali Cascina Clarabella (Iseo BS); Volere la luna; Forum Salute Mentale Lombardia; Movimento pugliese Rompiamo il Silenzio; ass. 180Amici (L'Aquila); coop. Ortolani Coraggiosi (Fucecchio FI); A.Fa.So.P. Noilinsieme (Trieste); Gruppo di ricerca per la Salute Mentale "Conoscere per Migliorare (Torino); Cooperativa "La Collina" Onlus (Cagliari); ETS Cooperazione e Confronto (Cagliari); Associazione di Volontariato Insieme a noi (Modena); CSB (Centro Salute del Bambino); Consulta regionale Salute Mentale Lazio; Rete Res-Int; Appello della Società Civile per la ricostruzione del welfare; Campagna Primary Health Care PHC now or never; AMA Associazione Malati di Alzheimer (Chieri TO); Coordinamento Associazioni Alzheimer del Piemonte CAAP; ass. Il Bandolo (Torino); Gruppo di Auto.Mutuo.Aiuto Ascolto (Venaria Reale TO); ass. Insieme onlus (Torino); Card (Confederazione Associazioni Regionali di Distretto) Lazio; Fuoriluogo; Osservatorio molisano per il diritto alla salute; AFA Ass. Familiari Alzheimer VCO (Verbano Cusio Ossola); Ass. Porte Aperte della Romagna per la Salute Mentale (Ravenna); Osservatorio molisano per il diritto alla salute; AMA ass. Malati Alzheimer (Novara); delleAli Teatro Sulbiate (MB); Pari & Dispari Associazione di Promozione Sociale (Legnano); Forum Salute Mentale (Lecco); coop. Sociale La Rondine (Lanciano CH); Movimento No Grazie; ass. Arcobaleno (Torino); SIGM – Segretariato Italiano Giovani Medici; Lisbon Institute of Global Mental Health; ass. Spazio Etico (Empoli); URASAM Lombardia; ass. La Tartavela (Milano); ass. Piccoli Passi per (Torre Boldone BG); ass. Pari e Dispari (Legnano); ass. Aiutiamoli (Treviglio BG); ass. La Speranza; ass. La Navicella (Morbegno SO); ass. Smile; ass. Psiche e Società (Vimercate MB); ass. IncontRho (Rho MI); ass. La Svolta (Cinisello Balsamo MI); ass. Didiapsi (Cremona); medicina di gruppo della casa della salute delle Piagge (Firenze); Forum Disuguaglianze Diversità; Auser nazionale; ...

Per adesioni e info: info@sossanita.it, salutedirittofondamentale@gmail.com,
copersamm@gmail.com, redazione@saluteinternazionale.info,

2. Progetto Case della Salute (Case di Comunità, Case di Prossimità...)

La drammatica esperienza della pandemia da Covid19 ha confermato che non è più rinviabile un piano strutturale per il potenziamento delle reti di assistenza socio-sanitaria territoriale, con requisiti e standard vincolanti come quelli per gli ospedali, investimenti e assunzioni di personale, e con medici di medicina generale più inseriti nel SSN.

Nell'ambito del Distretto, baricentro della rete dei servizi socio sanitari territoriali, occorre diffondere strutture territoriali pubbliche forti e visibili, come le Case della Salute, dove i cittadini, oltre al medico di fiducia, devono trovare tutti i servizi e i professionisti (sanitari e sociali) di cui hanno bisogno, o esserne avviati per averne accesso.

Nella Casa della Salute si può realizzare una nuova identità comunitaria nel segno di un welfare efficace e partecipato.

Il Progetto, parte integrante del PNT, deve indicare e finanziare soluzioni per potenziare una rete diffusa di Case della Salute (o strutture simili, comunque denominate: es. Casa di Comunità o Prossimità) come struttura del Distretto che:

- *attua il Livello essenziale socio sanitario di base: accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, prenotazione, consulenza sulla rete dei servizi e sulle alternative disponibili. Presa in carico, valutazione multidimensionale e multiprofessionale, definizione di progetti individuali di assistenza e supporto in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità per la prevenzione, il sostegno e il recupero di situazioni di bisogno, iniziative di auto aiuto;*
- *è aperta almeno h 12 tutti i giorni,*
- *è sede dell'integrazione tra assistenza Sanitaria e Sociale (ospita servizi Asl e del Comune);*
- *utilizza il Budget di salute come strumento di integrazione socio sanitaria e di personalizzazione degli interventi;*
- *è sede unica dei servizi e degli operatori (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e tutti i Professionisti sanitari e sociali);*
- *pratica un'assistenza socio sanitaria "d'iniziativa", secondo il "Chronic Care Model" (che implica un potenziamento del ruolo degli infermieri e una loro maggiore interazione con i Medici di MG);*
- *assicura la continuità assistenziale (presa in carico, dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici, ecc), organizzando legami forti (e strutture intermedie) tra domicilio, servizi territoriali e ospedali;*
- *è dotata di tecnologie digitali per un welfare di comunità integrato, orientato alla persona, facilitando l'accesso alle prestazioni (prenotazioni, refertazioni, FSE, Telemedicina, TeleAssistenza, ecc.);*
- *prevede e promuove spazi di partecipazione dei cittadini e delle associazioni.*

Stima Fabbisogno: 6 miliardi. Realizzazione in tutto il territorio nazionale (ristrutturazione/realizzazione di Case adeguatamente attrezzate con requisiti e standard omogenei. Qualificazione/ristrutturazione di tutte le strutture del territorio. Formazione a supporto del cambiamento e aggiornamento professionale, indipendente e per tutti gli operatori. Potenziamento degli strumenti di integrazione interistituzionale e intersettoriale. Sviluppo della sperimentazione art. 1, c, 4bis DL Rilancio (es microAree). Attivazione sistematica del segretariato sociale e dei servizi di pronto intervento (L 328/2000) e realizzazione degli interventi.

3. Progetto Cronicità - Non autosufficienza e Disabilità

Le malattie croniche sono in costante aumento in tutto il mondo, al punto che l'OMS definisce questa una epidemia che sfida la sostenibilità dei sistemi di welfare e ne impone una gestione globale, sanitaria e sociale. Nel nostro Paese quasi il 40% della popolazione soffre di almeno una patologia cronica (circa 24 milioni di persone, di cui la metà con multicronicità). Nel 2016 è stato approvato, con Accordo Stato Regioni, un Piano nazionale della Cronicità largamente condivisibile ma privo delle risorse necessarie ad attuarlo.

L'Italia è uno dei Paesi al mondo con la speranza di vita più elevata ma con un primato negativo riferito agli anni di vita con disabilità. Più di 3 milioni di persone, in gran parte anziane ma non solo, sono classificati dall'Istat come non autosufficienti e molti altri hanno bisogno di aiuto per le esigenze della vita quotidiana. I servizi assistenziali, sociosanitari e sanitari offerti presentano grandi differenze tra regioni e spesso non sono adeguati. La principale risorsa mobilitata è il ricorso alle badanti (con costi a carico delle famiglie), mentre gran parte della spesa pubblica riguarda prestazioni monetarie e di ricovero in strutture residenziali.

Il Progetto deve indicare e finanziare soluzioni per potenziare dare attuazione al Piano della Cronicità, per garantire l'assistenza alle persone non autosufficienti prioritariamente nel proprio contesto di vita e per promuovere la vita indipendente delle persone con disabilità tramite:

1. *Le risorse del progetto sono destinate all'attuazione del Piano nazionale della Cronicità (per i dettagli: [PNC Accordo Stato Regioni 15.9.2016](#)) che deve essere integrato con il Piano nazionale per la Non Autosufficienza opportunamente rivisto). Il progetto così può creare le condizioni per l'approvazione di una Legge quadro sulla Non Autosufficienza.*
2. *Inoltre, e in particolare, il progetto deve indicare e finanziare soluzioni, in attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, per:*
 - *il diritto di ogni persona di vivere (e di curarsi) a casa propria (sostegno alla vita indipendente, interventi per favorire la permanenza al proprio domicilio (adattamento abitazione, domotica, dispositivi personalizzati, ecc.), abitare assistito, co-housing, gruppi appartamento. Assistenza sociosanitaria: domiciliare, in centri diurni e semiresidenziali (anche di tipo innovativo: es. giardini Alzheimer). Telemedicina e della Teleassistenza. Riqualificazione dell'assistenza e del lavoro di cura domiciliare di caregiver e badanti, misure di sollievo e sostegno alle famiglie;*
 - *la riqualificazione, la riconversione, il ridimensionamento, la programmazione appropriata delle strutture di ricovero (aggiornamento accreditamenti esistenti, nuove dove carenti: con particolare riferimento al rispetto dei diritti degli utenti). Con l'obiettivo di superare i grandi istituti e di creare piuttosto nuclei piccoli inseriti nel tessuto urbano e quindi parte integrante della comunità;*
 - *l'abbattimento delle barriere architettoniche;*
 - *garantire la mobilità delle persone non autosufficienti e con disabilità;*
 - *il superamento della contenzione meccanica;*
 - *la garanzia dell'inclusione scolastica alunni con disabilità e patologie croniche;*
 - *la formazione e il sostegno al cambiamento culturale e aggiornamento professionale indipendente. La formazione e il sostegno ai caregivers.*

Stima Fabbisogno: 9 miliardi

4. Progetto Salute Mentale

“I servizi di salute mentale sono una parte essenziale di tutte le risposte dei governi a COVID-19. Devono essere ampliati e interamente finanziati. Le politiche devono supportare e prendersi cura delle persone con disturbi mentali e proteggere i loro diritti umani e la loro dignità.”, queste le parole del direttore generale OMS in occasione dell’Assemblea mondiale della Sanità (18 e 19 maggio 2020). Si tratta di una dichiarazione importante, che reclama un impegno per rilanciare i servizi presenti sul territorio, per superare le carenze culturali e le cattive pratiche e per allargare le esperienze dei *buoni* servizi e le pratiche positive esistenti nel solco della legge 180. L’Italia, cui viene riconosciuta dal mondo intero la scelta coraggiosa della chiusura dei manicomi, deve qualificare e rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale, per colmare le carenze strutturali presenti in molte aree del Paese e per affrontare le problematiche di impoverimento e di deriva sociale determinate dall’epidemia. È necessaria una iniezione di energie e risorse in grado di favorire il cambiamento necessario per assicurare non solo prestazioni sanitarie ma processi di cittadinanza, inclusione, integrazione e ripresa delle persone con disturbo mentale.

Il Progetto deve indicare e finanziare soluzioni per potenziare una rete diffusa di servizi per la salute mentale inclusivi, integrati e radicati nel territorio, tramite:

- *Il potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale DSM, in particolare del Personale: con piani di assunzioni per adeguarli alle accresciute e diversificate funzioni che fanno capo ai Dsm; Formazione, universitaria e continua, ispirata dalla legge 180 e orientata a percorsi di ripresa e di emancipazione, al sostegno per l’intera vita e alla salute mentale di comunità; adeguamento delle strutture in particolare con riqualificazione, riprogettazione e potenziamento dei Centri di Salute Mentale h12/24 (dotato di un’equipe multidisciplinare, mobile e capace di fornire risposte integrate nei luoghi di vita delle persone, anche in situazioni di crisi e acuzie) e del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, SPDC, libero da contenzione e strettamente integrato ai servizi territoriali. Ove necessario, occorre un adeguamento/ridimensionamento dei bacini di utenza dei servizi.*
- *L’adozione sistematica di progetti di cura personalizzati, sostenuti dal Budget di salute, emancipativi e partecipati (inserimento lavorativo, abitativo, scolastico e sociale), anche in collaborazione con la cooperazione sociale e con un’integrazione fra ASL - DSM e Servizi del Comune.*
- *Azioni per il superamento delle strutture di residenzialità protratta, per “sostituire i luoghi dell’esclusione con i luoghi della vita”, organizzando forme di abitare supportato per la vita autonoma delle persone con disturbi mentali, evitando di sostenere ogni azione che preveda la istituzionalizzazione delle persone.*
- *Azioni per il superamento delle pratiche repressive, quali la contenzione meccanica (formazione e conoscenza) e l’utilizzo inappropriato del TSO.*
- *Azioni per sostenere la piena attuazione della legge 81/2014 sul superamento degli OPG, privilegiando le misure non detentive territoriali e adeguando i DSM per una efficace presa in carico sia dei prosciolti per infermità mentale sia delle persone detenute con sopravvenuto disturbo psichiatrico.*
- *Potenziamento dei centri per la neuro psichiatria infantile, per l’adolescenza e i giovani adulti.*

Stima Fabbisogno: 2 miliardi, di cui 650 milioni per la riqualificazione dei luoghi della salute mentale e la formazione, 1.200 milioni per l’avvio e la revisione di progetti di cura personalizzati (PTRI) alternativi alla istituzionalizzazione e 150 milioni per i centri per infanzia e adolescenza.

5. Progetto Dipendenze

Per un cambio di rotta nelle politiche socio sanitarie su droghe e dipendenze.

Occorre uscire dalla pandemia introducendo cambiamenti culturali e strutturali nelle politiche per le persone che Usano Droghe e sulle dipendenze, adottando in via sistematica un approccio di promozione della salute, sviluppando un sistema che privilegi informazione, educazione e formazione e superando ogni orientamento punitivo, in coerenza con quanto indicato dalle linee guida europee.

È necessario ridisegnare il sistema dei Servizi in un'ottica alternativa a logiche emergenziali e di puro sostegno alla realtà attuale, confermando il modello dipartimentale autonomo, ad alta integrazione socio-sanitaria, collegato progettualmente con il privato sociale e il Terzo Settore, nell'ambito dell'obiettivo generale di depenalizzazione e decriminalizzazione dell'uso di droghe (da attuare attraverso la riforma del DPR 309/90 nelle prospettive indicate nel Libro Bianco sulle Droghe 2020).

È necessario sostenere percorsi di formazione degli operatori, di sensibilizzazione della popolazione, di crescita culturale delle comunità, di informazione dei decisori a partire dal disegno di un programma strutturato e partecipato verso la Conferenza Nazionale sulle droghe, prevista dalla legge e mai convocata dal 2009.

Il Progetto deve indicare e finanziare soluzioni per potenziare processi di cambiamento strutturale, in coerenza con le Linee guida europee e con fondi vincolati, tramite:

- *Adozione in tutto il Paese dei Lea approvati nel 2017, a partire dalle azioni per la limitazione dei rischi e la riduzione del danno RdD (anche con un Atto di indirizzo Stato Regioni), attraverso un Piano straordinario di interventi, mettendo in sicurezza i contesti del consumo socialmente marginali (servizi a bassa soglia, prevenzione e cura HIV e HCV) e ricreativi.*
- *Sviluppo di un sistema innovativo mirato alla popolazione giovanile, anche attraverso interventi di limitazione dei rischi validati a livello internazionale*
- *Azioni per la messa a regime degli interventi sulla salute per le persone con dipendenze ospitate negli istituti penitenziari, includendo la RdD. Interventi per le pene alternative al carcere, con programmi di formazione-lavoro e socializzazione, progetti di housing first e di cohousing*
- *Piano straordinario per la ricerca: ricerca quanti-qualitativa su nuovi modelli di consumo, strategie e culture delle PUD, per individuare modelli efficaci di governo sociale del fenomeno*
- *Piano di formazione per le professioni del settore: percorsi formativi su modelli di uso di sostanze, le dipendenze e gli interventi secondo gli orientamenti più aggiornati.*
- *Revisione della normativa sull'accreditamento del Terzo Settore no profit in particolare per le attività da realizzare in integrazione con i servizi dipartimentali territoriali e di area penale delle ASL.*
- *Sviluppo di strumenti per la valutazione delle politiche pubbliche sulle droghe, con messa a punto di indicatori di impatto e risultato innovativi rispetto all'esistente.*
- *Azioni per promuovere la partecipazione della società civile e delle persone che usano droghe e con dipendenze ai processi di elaborazione, implementazione e valutazione delle politiche, a livello nazionale e regionale.*

Stima fabbisogno: Previsione di spesa: 1 miliardo e mezzo di euro

6. Progetto Salute e Carcere

La riforma della medicina penitenziaria e le previsioni del DPCM del 1° aprile 2008 hanno trovato attuazione in modo parziale e disomogeneo nelle diverse realtà italiane. Rileva in particolare, come già evidenziato nel 2016 in occasione degli Stati Generali dell'Esecuzione Penitenziaria, l'assenza di una cultura che preveda il rispetto del principio secondo il quale gli ospiti degli istituti penitenziari hanno diritto a un'assistenza sanitaria al pari di quella garantita alla popolazione generale, da cui differenze nell'implementazione dei protocolli per la presa in carico; inadeguatezza delle rilevazioni epidemiologiche dei bisogni di salute e scarsa pianificazione dei fabbisogni; frammentazione e ritardi nell'erogazione dell'assistenza; carenze nella tutela del diritto alla riservatezza con riguardo al trattamento dei dati sanitari, ecc. A ciò si aggiungano le difficoltà connesse alle condizioni che incidono sulla salute e il benessere dei ristretti e degli operatori del carcere: sovraffollamento, salubrità degli ambienti, condizioni di vivibilità (acqua calda, climatizzazione, conformità degli impianti alle norme Ce, presidi di sicurezza, ...), degrado degli spazi, ecc.

Obiettivo strategico, ancor più dopo la pandemia, è introdurre cambiamenti strutturali nella tutela della salute in carcere nell'ottica di rendere effettivo il diritto della popolazione detenuta a una adeguata tutela, in continuità con l'assistenza prima e dopo la detenzione, anche con il coinvolgimento dei servizi sociali. In collaborazione con il Ministero della Giustizia.

Il Progetto deve indicare e finanziare iniziative volte a riaffermare il pieno diritto alla tutela della salute delle persone private della libertà, confermare la responsabilità dell'assistenza in capo al Servizio sanitario nazionale e migliorare le azioni di promozione, cura e riabilitazione a favore di chi è ospite o lavora negli istituti penitenziari, attraverso:

- *Definizione e implementazione di un moderno sistema di sorveglianza epidemiologica e degli eventi critici, adeguato alle specifiche problematiche della popolazione carceraria.*
- *Azioni per la promozione della salute dei minori ospitati negli Istituti penali per minorenni.*
- *Azioni strutturali per la messa a regime degli interventi sanitari per tutti i detenuti e in particolare per le persone con sofferenza mentale, dipendenze, malattie infettive e malattie croniche (telemedicina, formazione del personale, dotazione di presidi e tecnologie, definizione di protocolli per la presa in carico globale e multidimensionale, programmi di formazione/lavoro e socializzazione, rapporti con la medicina generale, ...);*
- *Programma per la prevenzione e la promozione della salute nei luoghi della detenzione: informazione ed educazione sanitaria, screening, rischio autolesivo e suicidario, sostegno alla genitorialità e all'affettività, salute di genere, mediazione culturale, attività culturali e sportive, ecc.*
- *Interventi per la tutela della salute delle madri con figli minori di 3 anni, prevedendo l'ospitalità al di fuori del circuito penitenziario o nelle strutture dedicate (Icam) da potenziare secondo quanto previsto dalla normativa;*
- *Interventi per il sostegno alle misure alternative alla detenzione, per progetti di housing first e di cohousing, per la transizione verso strutture di piccole dimensioni,*
- *Interventi per una efficace presa in carico dei prosciolti per infermità mentale (con misure non detentive) e per le persone detenute con sopravvenuto disturbo psichiatrico .*

Stima fabbisogno: 1 miliardo

7. Progetto salute e giovani, famiglie e genere

Investire sulla salute e il benessere dei giovani deve diventare una priorità per il nostro Paese.

È dimostrato che ridurre l'esposizione ai fattori di rischio nelle prime fasi della vita è cruciale per migliorare la salute di tutta la popolazione e per attenuare le disuguaglianze sociali. Nella (pre)adolescenza aumenta la probabilità di sperimentare comportamenti a rischio e disadattivi (uso di sostanze, gioco d'azzardo, ...) che richiedono specifici interventi per promuovere una crescita responsabile, l'acquisizione di conoscenze utili a gestire la propria salute e capacità di resilienza.

L'assistenza alla famiglia e alla maternità, la tutela della salute della donna e del bambino risentono in molte aree del Paese del progressivo impoverimento dei consultori la cui dotazione è nettamente inferiore allo standard previsto dalla legge 34/96 (1 consultorio ogni 20 mila abitanti). I parti cesarei e l'allattamento artificiale, per quanto in riduzione, continuano ad essere espressione di comportamenti non orientati alla tutela della salute.

Le differenze di genere non sono ancora entrate a far parte delle strategie dei programmi di promozione della salute e di cura delle persone.

Il Progetto deve indicare e finanziare interventi per tutelare la salute dell'infanzia, dell'adolescenza e dei nuclei familiari tramite:

- *Riqualificazione e adeguamento dei consultori familiari in tutto il territorio nazionale (ne mancano circa un migliaio).*
- *Potenziamento dei Piani per la promozione e il miglioramento degli interventi assistenziali nel percorso nascita (CSR 2011), secondo un approccio integrato e basato sull'offerta attiva.*
- *Uniforme attivazione del sistema di trasporto assistito della madre e in emergenza del neonato (Stam e Sten).*
- *Interventi per il sostegno alla genitorialità. Esigibilità e accesso ai servizi di IVG e PMA. Accesso alle terapie ormonali per le persone in transizione.*
- *Interventi a tutela della salute e della sicurezza durante l'orario scolastico dei bambini e degli adolescenti con patologie croniche, disabilità o bisogni educativi speciali (in collaborazione con le istituzioni competenti).*
- *Interventi di prevenzione dei fattori di rischio per la salute (incidenti stradali e domestici, dipendenze, fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione ...), sulla base delle evidenze scientifiche di efficacia e in una logica di valutazione degli esiti (cfr progetto n. 10).*
- *Azioni per riconoscere le differenze di Genere per la salute, anche potenziando la medicina di genere in ospedale e sul territorio.*

Stima fabbisogno: 1 miliardo

8. Progetto cure palliative e terapia del dolore

Obiettivo strategico è garantire a tutte le persone affette da patologie ad evoluzione sfavorevole, anche nelle emergenze epidemiche, il diritto alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore, qualunque sia l'età, il problema di salute, la condizione socio-economica e la residenza del paziente.

Nonostante l'impegno profuso per lo sviluppo della rete delle cure palliative, attualmente sono assistite dalla rete circa la metà delle persone previste dal DM 43/2007. La dotazione di hospice è ancora disomogenea sul territorio nazionale e complessivamente inferiore allo standard fissato nel 2007 (1 pl ogni 56 deceduti per causa di tumore), standard da rivedere in relazione al continuo aumento dei bisogni, anche nelle malattie non oncologiche. L'assistenza palliativa domiciliare presenta ancora criticità: i pazienti assistiti e le giornate di assistenza erogate, pur in aumento, sono ancora molto al di sotto del fabbisogno programmato, soprattutto in alcune regioni.

Nonostante il suo recente sviluppo, anche l'assistenza in età pediatrica è ancora limitata, a partire dalla dotazione di hospice specificamente dedicati ad accogliere il minore e la famiglia.

È quindi necessario rafforzare le reti locali di offerta, nella componente residenziali così come in quella dell'assistenza al domicilio del paziente.

Il Progetto deve indicare e finanziare il potenziamento della rete delle cure palliative e della rete della terapia del dolore, garantendo percorsi di presa in carico e formazione degli operatori, tramite:

- *la realizzazione di strutture residenziali dedicate, hospice, per raggiungere una dotazione fino a 8-10 posti letto ogni 100 mila abitanti, per garantire l'assistenza a tutte le persone affette da malattie inguaribili e ai loro familiari;*
- *la realizzazione di strutture residenziali dedicate, hospice, per l'età pediatrica;*
- *il potenziamento della rete locale delle cure palliative e della rete della terapia del dolore, in particolare a domicilio del paziente, in modo da adeguare l'assistenza ai crescenti bisogni della popolazione;*
- *potenziamento dei percorsi di formazione e di aggiornamento professionale; campagna nazionale di informazione sociale per informare la popolazione delle opzioni offerte.*

Stima Fabbisogno: 500 milioni per adeguamento della rete degli hospice e per la formazione.

9. Progetto sicurezza e qualità dei luoghi delle cure

Le strutture sanitarie e sociali non sono strutture come tutte le altre. Sono luoghi ai quali si rivolgono le persone in momenti di difficoltà, confidando di trovarvi non solo professionalità, ma anche riparo dai rischi presenti all'interno e all'esterno, comprese infezioni, epidemie, calamità e incidentalità. Strutture che crollano perché non antisismiche, sistemi informativi non testati per garantire la sicurezza dei dati sanitari, apparecchiature elettromedicali con inadeguati livelli di manutenzione e solo per questo inutilizzate, barriere architettoniche e degrado degli ambienti rendono il sistema sanitario non solo poco accogliente e confortevole, ma talvolta anche poco sicuro.

L'attenzione al contrasto dei rischi connessi alla sicurezza (antisismica, antincendio, impianti idrici ed elettrici, tecnologie critiche, ecc.) e alla qualità degli ambienti degli edifici sanitari (dagli ascensori alle sale di attesa) è purtroppo ancora trascurata nel nostro Paese, specie nelle strutture territoriali, in particolare in quelle destinate alle persone più a rischio di emarginazione (sofferenza mentale, dipendenze, ecc.).

È necessario intervenire affinché le strutture del SSN e del welfare sociale diventino luoghi sicuri e accoglienti, privi di barriere architettoniche, in cui non si curano solo le malattie ma si rafforza la fiducia nelle istituzioni pubbliche e si garantisce sicurezza a tutte le persone, pazienti e lavoratori del settore.

Il Progetto deve indicare e finanziare un Piano straordinario per la protezione della salute e la sicurezza degli operatori e degli utilizzatori delle strutture sanitarie che preveda, anche attraverso la realizzazione di una serie di micro-interventi a livello locale in grado di produrre occupazione e reddito, nonché l'eventuale utilizzo del patrimonio edilizio pubblico disponibile:

- *la messa in sicurezza di tutte le strutture di assistenza territoriale per la tutela della salute delle persone e dei lavoratori (adeguamento norme antisismiche e antincendio, barriere architettoniche, risparmio energetico, garanzia impianti di aerazione/climatizzazione, igiene degli ambienti, risparmio idrico e qualità dell'acqua, manutenzione delle tecnologie sanitarie, ...);*
- *adeguamento di tutte le strutture di assistenza territoriale a standard di comfort, accessibilità, funzionalità, distanziamento, qualità dei servizi igienici, cura degli spazi verdi, qualità degli arredi e degli ambienti, segnaletica, ecc.*
- *qualificazione/ristrutturazione dei luoghi di cura rivolti alle persone più fragili e non autosufficienti (DSM, CSM, servizi di neuropsichiatria infantile, Servizi per le dipendenze patologiche, centri diurni, ...), anche per eliminare barriere che impediscono la libera mobilità delle persone e per superare l'uso della contenzione meccanica.*

Stima Fabbisogno: 3,5 miliardi per l'adeguamento delle oltre 10 mila strutture territoriali

10. Progetto prevenzione e promozione della Salute

L'emergenza Covid-19 ha drammaticamente confermato l'importanza del ruolo della prevenzione (e dell'epidemiologia) e ha obbligato a rivedere i protocolli esistenti in ragione delle nuove caratteristiche della pandemia. L'esperienza acquisita suggerisce di dedicare una particolare attenzione alla Sicurezza nel lavoro e alle disuguaglianze che si sono manifestate proprio nell'emergenza pandemica.

Nel nostro Paese si verificano ancora eventi largamente prevenibili che comportano costi sociali elevati. Basta pensare all'infortunistica, al peso dei determinanti socio economici di salute (istruzione, reddito, casa, lavoro, ecc), alle conseguenze sanitarie di alcuni stili di vita che sono all'origine della maggior parte delle malattie croniche. La prevenzione di questi fenomeni e la modifica di questi comportamenti potrebbero produrre significativi risparmi di risorse di cura, migliorare la qualità della vita della popolazione, ma potrebbero anche avere un ritorno economico importante e un effetto positivo sull'economia.

In Italia, la prevenzione è ancora largamente sottofinanziata. I Dipartimenti di prevenzione sono impoveriti, manca una adeguata interazione fra programmi di prevenzione sanitaria e azioni ambientali, la rete epidemiologica nazionale deve essere rafforzata; devono essere predisposti e regolarmente aggiornati Piani di preparazione e risposta a epidemie ed eventi pandemici; la prevenzione collettiva, nei luoghi di vita e di lavoro delle persone, nelle scuole e nelle comunità deve essere oggetto di un profondo ripensamento; deve essere diffusa la cultura della valutazione di efficacia degli interventi anche sfruttando le tecnologie informatiche.

Il Progetto deve indicare e finanziare un piano straordinario per la prevenzione e la promozione della salute, a supporto e integrazione del PNP 2021-2025, mediante:

- *Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e riqualificazione delle attività nella logica della "salute in tutte le politiche".*
- *Interventi mirati per ridurre in modo strutturale le disuguaglianze nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e nell'esito degli interventi, a partire dall'adesione agli screening oncologici.*
- *Programma straordinario di interventi per il contrasto delle malattie croniche non trasmissibili, sulla base delle evidenze scientifiche e con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.*
- *Ricostituzione e rafforzamento della rete nazionale di epidemiologia e predisposizione di Piani di risposta alle epidemie.*
- *Piano straordinario per la sicurezza sui luoghi di lavoro, per la rimozione e la bonifica di materiali contenenti amianto (a partire dagli edifici pubblici).*
- *Piano Nazionale di risposta ai cambiamenti climatici e Piano Nazionali per mettere in sicurezza i territori e le aree urbane da eventi esterni, in collaborazione con le istituzioni competenti.*
- *Azioni per promuovere la partecipazione dell'associazionismo, delle organizzazioni sindacali e della popolazione alle strategie di promozione della salute.*

Stima fabbisogno: 1,5 miliardi (più parte degli investimenti del progetto n. 9)

