

Documento inter-associativo su riforme e interventi previsti dal PNRR

Premessa

UNEBA, AGeSPI, ANASTE, ANSDIPP ed ARIS in quanto organizzazioni di secondo livello cui aderisce la stragrande maggioranza di operatori privati attivi nel settore sanitario, sociale e socio-sanitario, ritengono di essere un interlocutore strategico per la co-progettazione di risposte adeguate ai bisogni differenziati dei cittadini fragili.

Intendiamo dunque, rispettosamente, esprimere il nostro punto di vista e le nostre proposte in un momento straordinario, forse irripetibile, sulle riforme nel settore della non autosufficienza e della disabilità, in particolare quelle previste nell'ambito del PNRR.

Abbiamo in parte già espresso il nostro punto di vista in un documento del 17 febbraio 2021 prendendo in considerazione le prime indicazioni della Commissione istituita presso il Ministero della salute per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei confronti degli anziani (<https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2021/02/proposte-a-commissione-paglia-uneba-agespi-anaste-aris.pdf>).

Sempre unitariamente, abbiamo poi formulato a marzo proposte sulla bozza di documento del Governo sul PNRR, con particolare attenzione ai servizi per i soggetti fragili (<https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2021/03/Recovery-Plan-per-il-sociosanitario.pdf>).

Sappiamo che alla Commissione istituita presso il Ministero della Salute si è affiancata quella istituita presso il Ministero del Lavoro per la elaborazione del nuovo Piano per la non autosufficienza 2022-2024. Siamo altresì consapevoli del ruolo strategico di AGENAS nella elaborazione delle riforme, anche nella sua funzione di raccordo tra sistema nazionale e governance regionali.

Intendiamo dunque indirizzarci all'intero "sistema" che ai diversi livelli coinvolti è chiamato a progettare e a dare esecuzione alla fase attuativa del PNRR. I commentatori più attenti individuano infatti nella collaborazione pubblico-privato il successo del PNRR, sia al livello di ciascun stato nazionale che a quello comunitario.

Al settore pubblico viene chiesta lungimiranza di progettazione, efficienza nella gestione delle procedure, capacità di "sburocratizzare" e un ruolo di garanzia nell'uso leale delle risorse. Al privato si chiedono soprattutto lealtà, efficienza ed efficacia nel ruolo di produttore dei beni e servizi che saranno finanziati da queste risorse che sono "straordinarie" anche per la loro consistenza senza precedenti.

Ebbene, rispettosamente noi riteniamo che le nostre Organizzazioni possano rappresentare un ottimo punto di osservazione e di collaborazione.

I nostri associati sono "privati" quanto all'assetto proprietario dei beni di cui dispongono ma perseguono - spesso motivatamente - finalità pubbliche, di interesse collettivo in un ambito, quello della tutela della salute collettiva, generatore di grandi ricadute a livello sociale, anche in termini di coesione.

Settore, quello della salute pubblica appunto, nel quale anche il "pubblico" è impegnato come produttore, non solo come regolatore e orientatore/gestore delle risorse. Forse solo nel settore educativo la quota di produzione pubblica è paragonabile.

A noi piace immaginare che le risorse del PNRR, in specie quelle destinate al miglioramento tecnologico e infrastrutturale del "sistema sanitario e socio sanitarie" e della formazione, possano essere a disposizione anche di chi concorre alla realizzazione del sistema medesimo.

Il nostro speciale punto di osservazione, attento anche alle speciali esigenze dei più fragili, può essere - in sintesi - un'ottima opportunità per valorizzare le risorse del PNRR secondo uno schema di coprogettazione e corresponsabilità pubblico-privato che ne anticipi gli effetti benefici.

L'ideale, dal nostro punto di vista, sarebbe istituzionalizzare un osservatorio che ci veda coinvolti dove sia possibile integrare decisioni e "politiche" di azione a beneficio di digitalizzazione, investimenti infrastrutturali

e tecnologici, efficienza energetica, formazione e ricerca, ma anche riflettere su priorità e strategie di intervento prossime future.

1 Assetto dei servizi, tra principi normativi e opportunità offerte dal PNRR

- a** Le riforme previste dal PNRR sono orientate al rilancio dell'intero sistema paese. In questa visione, sembra opportuno ricomporre le unità d'offerta, i servizi e le risorse economiche orientate in senso socio-sanitario, socio-assistenziale e sociale in un modello organico di Long Term Care (LTC), sostenuto da una visione, un governo di insieme e una certezza di finanziamenti che si estendano oltre l'arco temporale straordinario previsto dal PNRR. Un efficace e ben strutturato sistema di LTC può garantire un approccio di presa in carico globale (*to care*) e non limitata alla sola cura (*to cure*) delle malattie croniche. Può anche recuperare o aggiornare intorno a questi obiettivi, le preziose indicazioni già presenti nei vigenti Piani per la non autosufficienza e nel Patto per la salute.
- b** Sembra utile sottolineare – per esigenze di sintesi non è possibile in questa sede un approfondimento del tema - come la “presa in carico”, intesa come risposta globale ai bisogni delle persone fragili, non autosufficienti o disabili, si articola lungo tre dimensioni: dimensione sanitaria, dimensione funzionale, dimensione socio-relazionale. Tali dimensioni, nei loro possibili mix, richiedono risposte nelle quali il “continuum” tra i diversi servizi – dal domicilio alle diverse forme di semi-residenzialità e residenzialità – deve declinarsi concretamente. In relazione a ciò, la rete delle risposte deve necessariamente essere costruita da servizi tra loro integrati, coerenti con i bisogni delle persone e proporzionati alle condizioni del loro contesto di vita. Già oggi, in molti territori, la continuità di cura fra i servizi territoriali si esprime secondo un modello efficace, capace di rispondere in modo appropriato alle diverse condizioni di fragilità, disabilità e non autosufficienza. I servizi accreditati (domiciliari, semi-residenziali e residenziali) delle realtà rappresentate dalle nostre Associazioni operano già come servizi “di prossimità” e esprimono un consistente know-how clinico, assistenziale e gestionale. In molte regioni operano già secondo modelli di diversificazione, garantendo una offerta integrata e coordinata rivolta a bisogni molteplici: RSA, RSD, Nuclei speciali Alzheimer, degenze di post-acuzie, Cure intermedie, Hospice, appartamenti protetti e residenze sociali, ADI, RSA aperta, attività ambulatoriale e domiciliare ex art. 26, Centri diurni per anziani e per disabili, servizi per la salute mentale, servizi per l'età evolutiva, disagio sociale, dipendenze. Possono inoltre garantire competenze per le valutazioni multidimensionali e supporto organizzativo ai servizi di cure domiciliari e operano in rete con i servizi sanitari, sociali e di cure primarie. Possono quindi candidarsi, perché sono pronti, ad evolvere in Centri multiservizi per la presa in carico delle condizioni croniche più frequenti, lungo l'arco dell'intera vecchiaia o lungo l'intera storia di vita delle persone disabili o fragili di ogni età.
- c** Auspichiamo quindi concretamente che, laddove il PNRR ipotizza l'accelerazione nell'avvio di nuove unità d'offerta, come ad esempio le Case o gli Ospedali di Comunità (OdC) o il rafforzamento delle Cure intermedie, si considerino le nostre unità d'offerta e le nostre competenze come una risorsa a disposizione, già efficace e operativa. Si tratta di risorse pronte a rafforzare un sistema pubblico che ha una componente statale ed una di origine privata ma accreditata, soprattutto non profit, chiamate a concorrere per garantire i Livelli essenziali di assistenza ai cittadini. Va sottolineato come l'OdC, così come dichiarato dall'Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 20 febbraio 2020, sembra rappresentare un duplicato di servizi già esistenti nei sistemi sociosanitari di molte Regioni (Cure subacute, Post-acute, Cure Intermedie, Riabilitazione extra-ospedaliera). Anche il sistema tariffario proposto dai documenti più recenti replica o si confonde altri già operativi in molte Regioni e già coerenti con le indicazioni dei LEA: dai 20-30 giorni iniziali, è previsto infatti che il ricovero presso gli OdC possa essere prolungato a 60 giorni in regime di accreditamento e addirittura ulteriormente prorogato, anche in assenza di una motivazione clinica, con il pagamento di una tariffa alberghiera giornaliera definita a livello regionale. Non da meno, andrebbe valorizzata l'esperienza dei Nuclei speciali Alzheimer, già esistenti e che, come gli OdC, già prevedono ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, per aiutare le famiglie a superare crisi comportamentali acute o fasi di burn-out dei caregiver. Infine, non sembra essere riconosciuta l'esperienza consolidata dei servizi di Riabilitazione extra-ospedaliera ex art. 26, che operano già secondo VMD, in équipe multidisciplinare e sotto la guida di PAI e PRI. Si tratta di setting assistenziali che sono una specificità da decenni del sistema residenziale territoriale e extra ospedaliero. Questi servizi sono già stati chiamati a confrontarsi con il progressivo peggioramento della complessità clinica e

assistenziale dei degenti, maturando esperienza e una crescente qualificazione dei processi assistenziali. Queste capacità, come evidente in molte rilevazioni, rappresentino già un supporto alla prevenzione dell'ospedalizzazione impropria o alla dimissione tempestiva e protetta dalle degenze per acuti. Pertanto, il riconoscimento e il potenziamento/adequamento della rete residenziale già esistente, potrebbe da subito corrispondere agli intenti proposti per gli OdC, che sarebbero invece di nuova costituzione e imporrebbero un maggiore impegno di risorse economiche, umane e strutturali. Lo stesso dicasi per l'accesso delle attuali unità d'offerta alle risorse del PNRR finalizzate all'implementazione di tecnologie e digitalizzazione, elementi fondamentali per servizi connessi a tempi e modalità congrue ai bisogni e per interventi ancora più efficaci sui soggetti fragili.

- d In definitiva, su questo punto, auspichiamo che gli attori di diritto privato del sistema socio-sanitario e i servizi che già garantiscono in regime di accreditamento, vedano riconosciuta la qualità dei servizi fino ad oggi promossi e garantiti, in una logica di cooperazione non competitiva con il sistema pubblico. Questo, sia per l'implementazione degli interventi previsti dal PNRR che per i nuovi obiettivi programmatori in ambito sanitario, socio-sanitario ed assistenziale che vanno ben oltre l'arco temporale del piano stesso. La partnership pubblico privato, declinazione anche del principio costituzionale di sussidiarietà, potrà garantire anche una più vasta copertura territoriale degli interventi e un più efficace (ed effettivo) utilizzo delle risorse Europee nei tempi e modi richiesti.

Anche per contribuire efficacemente alla programmazione degli interventi, si propone quindi che almeno un esponente delle scriventi associazioni partecipi al tavolo permanente del partenariato economico, sociale e territoriale previsto art.3 del D.L. 77 in fase di conversione in legge.

2 La lettura dei bisogni dei cittadini fragili, la presa in carico, i livelli essenziali delle prestazioni

- a Secondo il recente documento di AGENAS sullo sviluppo delle cure territoriali, la promozione della salute del territorio di riferimento deve ancorarsi a un preliminare lavoro di stratificazione per profili di rischio delle popolazioni, utilizzando al meglio adeguati algoritmi predittivi. Questa impostazione metodologica permette di differenziare le strategie di presa in carico degli assistiti intervenendo appropriatamente sulla base del livello di rischio, del bisogno di salute e del consumo di risorse.
- b Il modello organizzativo territoriale si fonda sulla valutazione dei bisogni e la progettazione condivisa di percorsi di presa in carico del cittadino fragile. Questa modalità, raccomandata da OMS, linee guida e buone pratiche, propone un modello di governo, regolazione e accreditamento orientato verso la persona ed i suoi bisogni. Ciò consente anche l'uso efficace ed appropriato dei servizi.
- c Nell'ambito delle modalità di accesso ai servizi, nel D.P.C.M. n. 15/2017 si fa chiaro riferimento alla Valutazione Multidimensionale (VMD). La realtà attuale prevede già un largo uso di strumenti di VMD diversi nelle diverse regioni e nei diversi servizi e unità d'offerta. Si tratta di strumenti che, proprio per la loro diversità, non sono in grado di comunicare fra loro e di garantire una continuità valutativa lungo la storia di contatto con la rete dei servizi delle persone con condizioni di cronicità. Non sono nemmeno idonei a garantire ai governi regionali e al governo nazionale flussi sistematici omogenei e confrontabili, utili per la stima dei bisogni e la programmazione dei servizi. Sembrerebbe invece opportuno che i bisogni sanitari e di protezione sociale del paziente siano rilevati con strumenti di VMD standardizzati e uniformi sul territorio nazionale. La valutazione multidimensionale individua le necessità sanitarie, assistenziali e sociali della persona, a prescindere dalla descrizione delle sole patologie da cui è affetto, e indirizza le équipes a progettare gli interventi - anche multi-professionali e multi-disciplinari - nei setting (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) più appropriati e proporzionati.
- d Il concetto di "multi-dimensionale" sottende anche quello di "multi-disciplinare", in quanto esso definisce una valutazione poliedrica, realizzata dal punto di vista di diverse professionalità che concorrono a rispondere ai bisogni di persone e famiglie, soprattutto se anziane e affette da condizioni croniche complesse (multimorbilità, fragilità, vulnerabilità sociale). La valutazione può quindi coinvolgere professionisti diversi (medici, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali, psicologi, educatori, OSS, altri). La multi-disciplinarietà rappresenta uno dei fondamenti della VMD e richiama anche responsabilità sanitarie diffuse, dirette e non delegabili.

- e In questa logica, esistono generazioni diverse di modelli validati di VMD. Quelli più recenti, di terza generazione (ad esempio InterRAI/VAOR), prevedono già moduli differenziati per setting (sia sanitari che sociali) e per profondità e articolazione delle valutazioni (dal primo contatto fino alle più complesse e complete valutazioni dei setting specialistici). Per primo contatto si intende il primo momento di interazione fra utenti e qualunque punto di primo accesso alla rete dei servizi. È utile che lo strumento di primo contatto, con funzioni di triage, sia già previsto come sintetico, di rapida somministrazione, mono-professionale e utilizzabile anche da operatori non sanitari (ad es. assistenti sociali); in ogni caso, omogeneo per tutti i punti di accesso (sia sociali che sanitari) ai servizi di rete. Questa operatività, modulare e per livelli di complessità crescenti, appartiene già ai sistemi di VMD di terza generazione, progettati per guidare la definizione degli obiettivi del progetto di assistenza, la scelta dei setting assistenziali, la produzione di indicatori sintetici dello stato di salute e benessere della persona e di indicatori di assorbimento di risorse.
- f L'adozione su base nazionale di un sistema di VMD validato e formalizzato, modulare, graduabile per complessità e idoneo ad essere utilizzato da tutti gli attori della rete dei servizi (MMG, COT, Case della Comunità, degenze, medicina specialistica, servizi sociali, cure domiciliari, cure semiresidenziali e residenziali), potrebbe rappresentare uno strumento efficace di dialogo all'interno delle reti, di guida alla continuità delle informazioni e degli obiettivi assistenziali, di analisi sistematica dell'evoluzione dei bisogni clinici, assistenziali e sociali a supporto del governo e della regolazione del sistema. In sintesi, un potente strumento di integrazione e programmazione.

3 Sistemi di accreditamento dei servizi

- a È stata già richiamata la flessibilità necessaria a servizi, soprattutto residenziali, che sanno operare in continuità e in rete e secondo modelli di presa in carico orientati alla persona e alla sua unicità. È necessario che questa flessibilità sia sostenuta da sistemi di autorizzazione e accreditamento originali ed innovativi. Il sistema attuale è fortemente segmentato, imponendo spesso e per sua natura trasferimenti della persona fra servizi diversi; oppure, discontinuità della presa in carico che limitano l'efficacia delle risposte ai bisogni dei cittadini. Nella visione che sostiene la logica operativa dei Centri multiservizi richiamati in precedenza, sono indispensabili scenari e strumenti utile a rendere l'erogazione flessibile, modulabile e gradualmente adattabile lungo percorsi di continuità assistenziale e relazionale. Si propone quindi di sperimentate logiche di accreditamento diverse dalle attuali, soprattutto negli ambiti dell'offerta integrata e sociale: certificazione/accreditamento di enti gestori multiservizi piuttosto che dei singoli servizi o unità d'offerta; certificazione della qualità costruttiva abitativa/residenziale; budget e tariffe di percorso piuttosto che di prestazione o unità d'offerta; certificazione dei requisiti delle professionalità operative profilate per i diversi livelli di intensità cura (dalla residenzialità ad elevata intensità di cura, alla residenzialità leggera sino alla domiciliarità) e dirigenziali (superando la logica del mero minutaggio come parametro di riferimento).
- b Un ulteriore elemento da evidenziare è che, pur essendo l'accreditamento un atto formale autorizzativo di un servizio da parte della competente autorità, l'attività svolta non può che collocarsi in uno scenario programmatico (sia sanitario che sociale). Questo scenario diventa occasione per il dialogo e il coinvolgimento dei diversi attori territoriali che contribuiscono alla qualità intrinseca delle risposte (altri servizi, associazioni, volontariato, istituzioni). L'esperienza delle nostre realtà rende consapevoli che il tempo "buono" dei cittadini fragili è garantito anche dalle "buone" relazioni che si riesce a sviluppare e mantenere, sia con le persone che fra chi opera nelle comunità territoriali.
- c Altresì, occorre ricomporre la logica che sottende i LEA (servizi, diritti e ripartizioni tariffarie che partono dai bisogni delle persone) e quella che guida i sistemi tariffari delle unità d'offerta, che sono invece fondati sulla struttura dei servizi. Non da meno, i LEA non trovano oggi un riscontro nella persistente mancanza dei LIVEAS. Da questo assetto derivano le norme, da rivedere, che disciplinano gli specifici servizi e trattamenti degli ospiti, soprattutto delle strutture residenziali. Molti ambiti risentono di incertezze e di una non sempre sicura relazione fra intensità dei bisogni e copertura sanitaria; ad esempio nelle situazioni di maggiore compromissione clinica e assistenziale (non autosufficienza grave, disabilità fisiche, psichiche

o sensoriali) o nella differenziazione fra risposte a anziani, disabili, disabili non autosufficienti, dipendenza vitale e bisogni di cure palliative.

- d** L'ipotesi che formuliamo è che budget e tariffe seguano i bisogni delle persone, al di là dei servizi che le ospitano. Va anche definita con maggiore chiarezza l'afferenza dei costi al sistema sanitario o a quello sociale. È importante rilevare che in merito alla sostenibilità gestionale, i tre elementi da considerare secondo le indicazioni dei decreti sull'integrazione sanitaria e dei LEA (quota sanitaria, retta dell'ospite o tariffa integrativa del Comune) hanno differenti dinamismi e sono da valutare singolarmente. I principali riferimenti per stabilire la quota sanitaria sono la complessità assistenziale con i relativi standard, il costo del lavoro sanitario e assistenziale e i relativi rinnovi di contratto, le imposte sul costo del lavoro e i costi per materiale di consumo sanitario (prodotti per incontinenza, medicinali, ossigeno, etc.). Per la quota alberghiera, i maggiori elementi di riferimento sono i costi correlati a ristorazione, utenze, lavanderia, sanificazione. Essi subiscono ogni anno gli effetti degli sviluppi inflattivi. Per quanto riguarda il personale impiegato nel settore, bisogna tenere conto dell'effetto dell'IRAP e dei rinnovi di contratto specifici. Nei costi alberghieri sono da includere, inoltre, i costi di struttura e funzionamento come affitto, servizi generali, imposte, manutenzione, ammortamenti. Un ulteriore elemento di variabilità dei costi è rappresentato dal posizionamento geografico della struttura residenziale. Infatti, i costi di affitto o di gestione in un piccolo paese di provincia sono sicuramente diversi rispetto a quelli di un contesto metropolitano.
- e** Da chiarire inoltre, senza indugio, la competenza nazionale a stabilire una univoca definizione e denominazione dei servizi e a identificare gli standard "minimi ed essenziali" necessari per l'accreditamento (strutturali, gestionali, formativi, di appropriatezza degli interventi) lasciando a livello regionale eventuali integrazioni migliorative o adattamenti alle specificità territoriali. Il modello attuale sembra fonte di notevoli appesantimenti burocratici e di immotivate eterogeneità applicative. Si segnala come questa eterogeneità sia comune a tutti i servizi sociali, socio-sanitari e socio-assistenziali. Non più sostenibile la situazione dei servizi domiciliari, diversamente organizzati e normati nelle diverse Regioni ma anche nelle loro ripartizioni territoriali (distretti, ambiti di zona). Già sottolineata da molti documenti nazionali, inoltre, la distanza fra bisogni e copertura, oppure fra l'intensità dei bisogni misurabile nelle persone e quella dell'assistenza effettivamente erogata o erogabile. Comune a tutti i servizi, dal domicilio alla residenzialità socio-sanitaria di maggior complessità, è inoltre la carenza di una stima basata su criteri oggettivi dei costi delle prestazioni e dei percorsi necessari secondo la diversa complessità dei bisogni, per definire in modo altrettanto oggettivo il sistema tariffario.
- f** Infine, nel ribadire la necessità di pensare alle strutture per i fragili come Centri multiservizi di prossimità e nel richiamare la pariteticità del concorso fra sistema pubblico e sistema privato sociosanitario, chiediamo che, in presenza di requisiti specifici, anche i nostri servizi, soprattutto quelli residenziali, possano concorrere alla ricerca scientifica nel settore sanitario ed assistenziale.


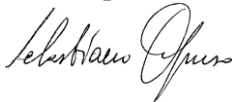



4 La formazione degli operatori e il reclutamento del personale

- a** L'ampiezza delle sfide che le riforme previste e la quotidianità operativa propongono ai gestori dei servizi rivolti alle persone più fragili, richiede ormai un investimento straordinario – quantitativo e qualitativo - per le risorse professionali necessarie, con particolare riferimento a infermieri e operatori sociosanitari (OSS). Altrettanto evidente è la necessità di un aggiornamento del profilo professionale degli OSS. Le carenze già oggi evidenti richiedono interventi rapidi e consistenti, sia economici che organizzativi. PNRR e riforme collegate ipotizzano di attivare nuove unità d'offerta (ospedali di comunità, case della comunità, infermieri di comunità), che andranno ad incidere su un territorio già carente di queste risorse. Il pericolo è quello di avviare servizi inadeguati o di favorire migrazioni professionali fra servizi, secondo una logica concorrenziale deleteria che può indebolire l'intero sistema. È un tema strategico che richiede una visione di insieme fortemente condivisa.
- b** Altrettanto strategico è l'ampliamento dell'offerta universitaria per gli infermieri, l'avvio di nuovi corsi per OSS nonché l'implementazione urgente della "Formazione complementare in assistenza sanitaria dell'Operatore Socio-Sanitario" in base all'accordo stipulato il 16 gennaio 2003 tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Sono anche da valutare incentivi economici per la frequenza, così come tutele e garanzie lungo i percorsi di tirocinio, con una particolare attenzione e flessibilità verso chi già opera a domicilio e nei servizi. Risorse economiche per tali obiettivi possono essere ricavate da altre missioni del PNRR (4 e 5), concorrendo con altri obiettivi altrettanto strategici come l'occupazione giovanile e femminile. Sembrano necessarie azioni di orientamento professionale, orientate a valorizzare il lavoro di cura nei diversi ambiti territoriali come utile, qualificante e sfidante.

- c Per le figure mediche è indispensabile ampliare le dotazioni di posti nelle Università e superare la limitazione degli accessi alle scuole di specializzazione, in particolare a quelle di Geriatria. La formazione, al pari di quella dei medici di medicina di cure primarie e degli infermieri, dovrebbe prevedere insegnamenti e tirocini obbligatori anche nelle strutture e servizi territoriali e in genere nei centri multiservizi rivolti alle diverse condizioni di cronicità, fra cui vecchiaia e non autosufficienza.
- d Nell'immediato e in via emergenziale può essere utile - oltre che prorogare le misure straordinarie per il reclutamento di personale extra UE in scadenza il 31 dicembre 2021 - attivare misure straordinarie, d'intesa con gli Stati di provenienza, per attrarre operatori stranieri: semplificazione delle procedure di riconoscimento del titolo; conseguimento degli eventuali permessi di soggiorno; previsione di pacchetti temporanei di welfare aggiuntivo (abitazione, corsi di lingua e di perfezionamento professionale, tutoring)
- e Infine, richiamando il precedente punto 3d, un'adeguata remunerazione delle prestazioni sanitarie e di cura assistenziale diretta alle persone più fragili o complesse, può favorire un miglioramento dei livelli retributivi delle diverse professionalità impegnate nelle cure territoriali, attenuando o eliminando le diversità contrattuali oggi esistenti tra pubblico e privato e fra servizi sanitari e sociali. Sarebbe anche un giusto riconoscimento pubblico dell'importanza del lavoro di cura nella comunità e nei servizi extra-ospedalieri. I cambiamenti demografici dei prossimi decenni amplificheranno il valore di questi servizi per la comunità e la necessità di riconoscere al lavoro territoriale una specializzazione significativa per la qualità complessiva del sistema sanitario.

6 Agosto 2021

Il Presidente AGeSPI	Il Presidente ANASTE	Il Presidente ANSDIPP	Il Presidente ARIS P. Virginio Bebbier	Il Presidente UNEBA
Dr.ssa Mariuccia Rossini	Dott. Sebastiano Capurso	Dr. Sergio Sgubin		Dr Franco Massi
				

Il Coordinamento tecnico-scientifico Inter associativo:

Antonio Monteleone	Alba Malara	Mariella Bulleri	Luigi Corbella	Virginio Brivio
Marco Parenti	Sebastiano Capurso	Andrea Manini	Fabrizio Giunco	Giuseppe Grigoni
	Paolo Moneti			Virginio Marchesi