



Per uno Stato Sociale forte, pubblico e universale

Un Servizio Sanitario Nazionale e politiche sociali a garanzia della salute e dei diritti di tutte e tutti

L'emergenza pandemica ha segnato in modo profondo e drammatico la vita delle persone e delle nostre comunità. Ha causato sofferenze e morti, prodotto danni economici e sociali enormi, a livello globale e ancor più nel nostro Paese, per le dimensioni del fenomeno e per le debolezze strutturali del nostro sistema di welfare e della nostra economia.

Per ripartire è necessario investire sulla costruzione di un rinnovato e più solido sistema di welfare pubblico - accompagnato da politiche di promozione e di coesione sociale e sostenuto da servizi pubblici forti - a partire dal rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e dall'integrazione con il sociale.

Servono scelte radicali e concrete per uno **Stato sociale forte, pubblico e universale** che garantisca la salute e il benessere di tutte e tutti.

Occorre rilanciare e dare forza a una **vertenza nazionale, da articolare in tutti i territori, verificando percorsi unitari, per la difesa, il potenziamento e lo sviluppo della sanità pubblica, a garanzia del diritto universale alla salute e alle prestazioni sociali.**

IL SERVIZIO (SOCIO) SANITARIO NAZIONALE A GARANZIA DELLA SALUTE, FONDAMENTALE DIRITTO DELL'INDIVIDUO E DELLA COMUNITÀ (ART. 32 COST.)

Veniamo da anni di impoverimento dei sistemi sociali e sanitari, colpiti dai tagli di politiche di austerità che hanno ostacolato le innovazioni necessarie, provocato una drammatica carenza di personale, blocco del turn over e mancato riconoscimento del lavoro, che hanno mortificato le legittime aspettative di migliaia di professionisti e portato ad un sovraccarico difficile da sopportare per servizi e operatori, acuitosi durante l'emergenza Covid-19, oltre ad aver ridotto diritti e tutele ai cittadini.

La pandemia ha ricordato a tutti il **valore fondamentale del sistema sanitario pubblico e universale: sistema da difendere, rafforzare, sviluppare, promuovere e finanziare** adeguatamente a tutela del **diritto alla salute** dei cittadini e per rispondere ai loro bisogni. Salute, intesa nella sua globalità di **benessere** fisico, psichico e sociale, che abbia al centro l'**autonomia delle persone**, e cardine per un giusto modello sociale e di sviluppo.

Il Governo ha approvato una serie di misure per l'uscita dall'emergenza e il rilancio del Paese come quelle definite con il PNRR che devono trovare i necessari finanziamenti strutturali.

LE MISURE NECESSARIE:

- **Aumentare il livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale** modificando le previsioni del DEF che ne programma invece una progressiva riduzione a livelli inferiori al 2019. **Occorre un forte investimento in termini economici e organizzativi nel Servizio Sanitario Nazionale** per garantire il potenziamento dei necessari **servizi di prevenzione, ospedalieri e territoriali**. Rapportare la spesa ai bisogni di salute, garantire l'esigibilità dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** in modo uniforme in tutto il territorio nazionale, incrementando in modo ordinario il **finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale** sia in **termini assoluti che in rapporto al PIL per allineare l'Italia ai Paesi europei che maggiormente investono nella sanità pubblica**. Garantire in modo ordinario le coperture economiche necessarie, a partire da quelle per la realizzazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e degli obiettivi della Missione 6 del PNRR. È necessario stabilizzare le risorse destinate ad affrontare l'emergenza Covid e che lo Stato copra tutte le **spese delle Regioni per il contrasto alla pandemia**, onde evitare il disavanzo di bilancio della maggior parte delle realtà italiane e scongiurare il rischio connesso di ulteriori scadimenti delle tutele sanitarie per i cittadini e di privatizzazioni di servizi e prestazioni.
- **Investire sul personale con un piano pluriennale di assunzioni** che vada oltre le stabilizzazioni e il turnover, che superi la precarietà e investa nella formazione; un piano straordinario di investimento sulle risorse professionali del SSN, per la stabilizzazione di tutti i precari e la piena valorizzazione dei professionisti, tutti, dell'organizzazione del lavoro e della partecipazione sindacale. Occorre adottare i provvedimenti necessari al superamento dei tetti di spesa del personale, che oggi impediscono di potenziare i servizi bloccando di fatto le assunzioni, prevedendo anche meccanismi di controllo e poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni che non vi adempiono. Altrettanto necessario stanziare le risorse per superare definitivamente il tetto al salario accessorio e il numero chiuso per l'accesso ai corsi universitari per le professioni sanitarie e alle scuole di specializzazione per i medici. Serve un grande piano pluriennale per la formazione delle professioni sanitarie accompagnato da una importante campagna comunicativa governativa che rafforzi il riconoscimento del loro valore. Contestualmente va colta l'opportunità che offre la riforma dell'assistenza territoriale, prevista dal DM 77 del 23 maggio 2022, per rivedere gli ambiti di responsabilità clinica e assistenziale delle diverse figure sanitarie, rimodularne il rapporto per mille abitanti fino a rientrare nella media Ocse.
- **Per garantire il diritto a curarsi nel territorio in cui si vive** vanno modificati i meccanismi che alimentano il fenomeno della **mobilità passiva** e va data risposta agli inaccettabili **tempi d'attesa** che favoriscono, anche grazie ai bassi costi ottenuti attraverso la contrazione del costo del lavoro, il ricorso a prestazioni private fino alla negazione del diritto alla salute con la conseguente rinuncia alle cure di un numero crescente di persone (11% della popolazione secondo l'ISTAT). Potenziare strumentazioni e organici e definire, partendo dalle strutture pubbliche, piani straordinari di investimenti per il recupero dei milioni di interventi, visite e prestazioni sospese o rinviate a causa della pandemia.
- Attuare e completare la Riforma per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale: realizzare una **rete capillare di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali in un'ottica di forte integrazione** e con la consapevolezza della centralità dei determinanti sociali di salute, dando piena attuazione alla Missione 6 del PNRR. Occorre realizzare e rendere rapidamente operativi strutture e presidi territoriali come le **Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità, a gestione pubblica**, garantendone la piena attività con tutte le figure professionali necessarie. Serve potenziare l'assistenza domiciliare a gestione pubblica, con personale dipendente dei SSR evitando l'esternalizzazione o la precarizzazione del lavoro.

- **I distretti** devono essere i luoghi in cui trova attuazione l'integrazione socio-sanitaria con la stretta collaborazione tra Ambiti Territoriali Sociali e Azienda Sanitaria chiamati ad agire sul medesimo territorio. Devono essere presidio politico e di partecipazione sociale a partire da quella sindacale. Centrale il loro ruolo, quali articolazioni delle ASL, nella gestione, coordinamento e nell'erogazione di assistenza della rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali. Le [Raccomandazioni OMS](#) indicano tra i servizi essenziali da potenziare quelli per l'assistenza territoriale, riferiti soprattutto alle persone anziane con patologie croniche, per la salute mentale, per la salute materno-infantile e per la presa in carico di tutte le forme di disabilità. La Riforma prevista nel PNRR, appena varata con il DM 77/2022, rappresenta l'opportunità di seguire le Raccomandazioni OMS ma deve essere pienamente realizzata. In particolare, si tratta di rendere **obbligatori** quei servizi previsti dal DM 77 nelle Case di Comunità come facoltativi, e di includere anche i servizi per la salute mentale, le dipendenze, la salute in carcere, che ad oggi, di fatto, restano esclusi dalla Riforma. Riforma che deve essere adeguatamente finanziata per assumere tutto il personale necessario a far funzionare i servizi e le strutture su cui investe il PNRR e a costituire le *équipe multiprofessionali integrate* previste nel DM 77. Diversamente il rischio è quello di assistere a un processo di privatizzazione di parte del SSN, con conseguenze negative sull'accesso ai servizi, sulle condizioni di salute e di reddito dei cittadini, soprattutto più fragili. È necessario garantire che l'adozione di standard quantitativi e qualitativi per l'assistenza territoriale avvenga in modo uniforme da parte di tutte le regioni. Al fine di superare le eccessive differenze tra territori serve, anche sul piano normativo, una definizione più precisa e vincolante della funzione dei distretti e del più complessivo sistema di governance, con la finalità di rendere più chiare, trasparenti e distinte le responsabilità, le funzioni, le attività e i servizi delle diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali che compongono l'intera filiera dell'assistenza territoriale e le modalità del loro coordinamento. Ciò è ancor più necessario per garantire la presa in carico complessiva dei bisogni, la transizione ospedale-casa con le dimissioni protette, la multidisciplinarietà degli interventi, l'integrazione socio-sanitaria, che richiedono uno stretto raccordo tra le strutture sanitarie, i Distretti, gli Ambiti Territoriali Sociali e i servizi sociali dei Comuni.
- **Assistenza domiciliare (A.D.):** è un pilastro della Riforma dell'Assistenza Territoriale. Per questo il riparto delle risorse del PNRR (2,7 miliardi) deve essere presentato con urgenza, unitamente al relativo progetto (da adottare poi con le singole regioni tramite i Contratti Istituzionali di Sviluppo). Occorre completare ciò che il DM 77 ha lasciato in sospeso: la definizione degli standard del personale, altrimenti le conseguenze rischiano di essere una totale privatizzazione dell'AD (e dell'assistenza domiciliare integrata - ADI). L'organizzazione e la gestione dell'ADI deve essere saldamente in mano ai servizi pubblici, che possono avvalersi anche di servizi e professionisti accreditati, ma sempre nell'ambito della presa in carico e del Piano di Assistenza Individuale.
- **Definire una riforma della medicina generale**, a partire dalla formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) che deve essere equiparata alle scuole di specializzazione, con la valorizzazione progressiva del loro ruolo che deve essere coerente con la riorganizzazione dell'assistenza territoriale attraverso la regolazione della loro partecipazione nelle Case della comunità. Va anche previsto un piano di assunzioni di MMG, PLS e specialisti ambulatoriali anche nell'ottica di un progressivo passaggio alle dipendenze del SSN. La riforma della medicina generale deve essere accompagnata da una maggiore ed effettiva prossimità delle strutture e dei servizi. Serve una definizione più precisa e congrua degli standard organizzativi e prestazionali delle Case della Comunità, dei Punti Unici di Accesso (PUA) e della loro diffusione territoriale. La stessa esigenza di prossimità vale per i

servizi e gli ambulatori distrettuali e per la medicina di base, soprattutto per la fascia sempre più ampia di popolazione anziana e nelle aree più interne e periferiche.

- **Rilanciare e riadeguare la rete ospedaliera**, rafforzando le dotazioni organiche, per favorire accessibilità, sicurezza, qualità, a partire dai Pronto Soccorso, sempre più al collasso. Prevedere un adeguato numero di posti letto in linea con la media Ocse e la garanzia dell'omogeneità delle attività in tutto il territorio nazionale, in un'ottica di concreta sinergia e integrazione con i servizi territoriali. Serve investire nella rete ospedaliera per superare le differenze strutturali e di prestazioni sanitarie tra le regioni del sud, del centro e del nord e contrastare la mobilità passiva: meno disagio e spese per le persone e maggiori possibilità di sviluppo per i SSR più in difficoltà.
- Superare **inappropriatezze e diseconomie** investendo nella **prevenzione e nella medicina di iniziativa**.
- Fermare i **processi di esternalizzazione e privatizzazione** nelle diverse forme in cui si sono concretizzati, compreso il ricorso a professionisti "a gettone" nelle strutture ospedaliere pubbliche. Riformare il sistema degli accreditamenti anche al fine di contrastare il dumping contrattuale in un nuovo rapporto tra pubblico e privato. La stagione del "quasi mercato" (cosiddetto "modello lombardo") e del pubblico che si ritira per dare spazio al privato si è dimostrata fallimentare per le persone. Perciò occorre valutare quali attività proprie del sistema pubblico e universale non possano essere cedute e anzi debbano rientrare nella gestione diretta attivando processi di reinternalizzazione. La revisione complessiva, sia per gli ospedali che per i servizi territoriali, nelle normative sull'autorizzazione e sull'accredimento delle strutture, deve contribuire a riportare il sistema ad una forte governance pubblica e deve rafforzare le garanzie sia per gli assistiti sia per chi lavora nei servizi accreditati e convenzionati, ponendo tra i criteri di accreditamento l'applicazione dei CCNL di settore firmati dalle organizzazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale.
- Serve rivedere gli standard assistenziali, in particolare i così detti minuti di assistenza minimi erogabili, sia nelle strutture ospedaliere sia nelle strutture residenziali per anziani e disabili, attualmente inadeguati rispetto alle reali necessità degli assistiti.
- Devono essere affrontate le **dinamiche degli appalti e le conseguenti condizioni di lavoro** delle centinaia di migliaia di lavoratrici e lavoratori che svolgono attività "accessorie", ma essenziali negli ospedali, nelle strutture socio sanitarie e assistenziali: pulizie e sanificazione, ristorazione, manutenzione, smaltimento rifiuti, vigilanza ecc. Occorre porre fine alla costruzione di bandi con tagli di risorse messe a gara che, negli appalti di servizi ad alta intensità di manodopera (70% di incidenza del costo del lavoro), si traducono in aggiudicazioni fatte con il massimo ribasso che mettono in discussione la continuità occupazionale e reddituale delle lavoratrici e dei lavoratori, oltreché la qualità dei servizi erogati. È necessario costruire e realizzare gare di appalto nel rispetto integrale del Codice dei Contratti Pubblici a partire dall'inserimento della clausola sociale, la corretta applicazione del CCNL e verifiche post aggiudicazione sul rispetto dei capitolati e delle condizioni di lavoro del personale impiegato in appalto.
- Dare attuazione al piano di sviluppo e potenziamento dell'utilizzo delle tecnologie digitali per la **teleassistenza e la telemedicina** che deve essere accompagnato da un grande piano di alfabetizzazione di tutta la popolazione per evitare la marginalizzazione sociale, ponendo particolare attenzione alle fasce di popolazione meno "digitali" che per ovvie ragioni potrebbero essere le più deboli, e con il protagonismo attivo delle Organizzazioni sindacali. Occorre potenziare i sistemi di tutela dei dati sensibili e personali raccolti, con la definizione di protocolli minimi uniformi su tutto il territorio nazionale.
- Potenziare il sistema dei **consultori pubblici** rafforzandone la capillarità, applicando quanto previsto dalle norme – 1 ogni 20mila abitanti -, e dotandoli delle professionalità necessarie e

garantire la piena applicazione della **Legge 194/1978** e delle Linee di indirizzo ministeriali sull'IVG farmacologica, la libera scelta di maternità e la **salute di genere**. Promuovere l'approccio di genere nella pratica clinica, nella ricerca, nella formazione dei professionisti e nell'informazione alle persone.

- Definire un **nuovo sistema di garanzia per i LEA**. Serve una nuova Intesa fra Stato, Regioni, Enti Locali, sulla scorta delle indicazioni del Patto per la Salute, per assicurare il diritto ad un **uniforme ed equo accesso in tutto il territorio nazionale alle prestazioni e ai servizi**, nel rispetto dei principi costituzionali. Si tratta di completare il processo di costruzione del Nuovo Sistema di Garanzia sul rispetto dei LEA (avviato con la definizione dei nuovi LEA nel 2017 e ripreso nel Patto per la Salute) a partire dal finanziare adeguatamente i SSR e rivedere il sistema di premi e sanzioni, per aiutare, in particolare a recuperare i divari territoriali sulle prestazioni.
- **Uniformare i modelli organizzativi e gestionali, regionali e territoriali dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali** al fine di dare coerenza ai principi di cura e promozione sociale, garantendo vicinanza, appropriatezza, efficienza e qualità del lavoro per il personale impegnato. Deve essere definito un "tetto" alla compartecipazione alla spesa da parte delle persone ospiti delle strutture residenziali.
- Ristabilire un ruolo forte della **prevenzione e della promozione della salute**, nella consapevolezza che i livelli di salute delle persone e delle comunità dipendono da diversi determinanti non solo sanitari ma socio-economici (reddito, istruzione, ambiente, relazioni, lavoro, ecc.), come raccomanda l'OMS. Peraltro, proprio l'emergenza e le strategie di uscita suggeriscono di agire sulle scelte politiche che producono benessere globale: la salute in tutte le politiche. Occorre una particolare attenzione alla salute e sicurezza nei **luoghi di lavoro** e alle disuguaglianze di salute e di malattia che si sono manifestate nell'emergenza Covid-19.
- **Potenziare i dipartimenti per le dipendenze (e dei Ser.D)**, al fine di fornire risposte adeguate ai nuovi bisogni, ai nuovi consumi e all'emergere di dipendenze non legate all'uso di sostanze. È necessario introdurre adeguate politiche di riduzione del danno (RdD), anche implementando e finanziando i relativi LEA, la modifica della L. 309/90 e la legalizzazione della cannabis. Le sperimentazioni di politiche ed interventi di riduzione del danno - avviate per la maggior parte in alcune regioni e città del centro nord - devono diventare stabili e garantite su tutto il territorio nazionale, nell'ottica di servizi sociosanitari ad alta integrazione.
- **Potenziare i servizi di salute mentale** sia per utenti adulti che per utenti nell'età dello sviluppo, prevedendo potenziamenti dei servizi per garantire la continuità della presa in carico.
- Approvare una **legge sulla non autosufficienza**, con misure a carico della fiscalità generale, e promuovere **politiche per l'invecchiamento attivo**. È necessario dare seguito alle disposizioni della Legge di Bilancio 234/2021 per la definizione dei LEPS sulla Non Autosufficienza e allo schema di Piano Nazionale sulla Non Autosufficienza 2022-2024, varare la necessaria Legge Quadro per realizzare un nuovo sistema di sostegno alla vita autonoma, un nuovo equilibrio a favore delle soluzioni di vita e di assistenza a domicilio (a casa propria o in co-housing), una organizzazione radicalmente diversa delle strutture residenziali e semiresidenziali, eliminando la pratica della contenzione e rivedendo il sistema di accreditamento e riequilibrando il rapporto pubblico-privato, così come per l'area della **riabilitazione** che oggi presenta un enorme squilibrio tra offerta pubblica e privata in gran parte a carico delle persone interessate. L'invecchiamento della popolazione richiede un ripensamento profondo dei sistemi sanitari e sociali, dove organizzazione territoriale dei servizi sanitari e integrazione socio sanitaria rappresentano il binomio imprescindibile da cui partire perché sono le grandi carenze presenti nel sistema attuale. Le persone anziane sono il 24% della popolazione: occorre garantire una risposta adeguata ai loro bisogni di salute e assistenza.

- **Migliorare il sistema di residenzialità** e della sua accessibilità e sostenibilità economica, in particolare per le persone anziane non autosufficienti e ad elevata complessità assistenziale. Va ammodernata la rete delle strutture residenziali, prevedendone l'inserimento nel tessuto urbano, il rispetto di standard organizzativi, professionali e qualitativi, e l'inclusione nella filiera dell'assistenza territoriale.
- **Promuovere politiche per la piena inclusione sociale delle persone con disabilità** e sostegno per le famiglie che se ne fanno carico. È necessario incrementare la presenza e la fruibilità di servizi e strumenti finanziati in misura adeguata, e intervenire sul diritto all'accessibilità a 360° partendo dall'abbattimento di ogni barriera, architettonica, digitale e culturale. È necessario attuare un approccio multidimensionale per la presa in carico delle persone con disabilità per realizzare il progetto personalizzato da attuare attraverso la rete integrata dei servizi, chiamati a garantirne la continuità nelle varie fasi della vita, favorendo la più ampia realizzazione dei progetti di vita indipendente ed autonoma.

LE POLITICHE SOCIALI SONO UNIVERSALI O NON SONO

La pandemia, la crisi economica e quella sociale hanno mostrato in maniera inconfutabile la necessità di un **forte sistema di welfare pubblico universale**, solidaristico e inclusivo, **garante dell'uguaglianza sostanziale delle persone**. Un sistema capace di agire in modo integrato attraverso gli **interventi attivati e i servizi territoriali**, da potenziare nelle dotazioni organiche, promotore del pieno sviluppo e dell'effettiva partecipazione alla vita del Paese di tutta la popolazione, nel rispetto di ogni differenza e dei principi di laicità e autodeterminazione. Un sistema rafforzato nella sua capacità amministrativa attraverso investimenti mirati e provvedimenti volti a realizzare una fattiva cooperazione tra i diversi livelli e ambiti istituzionali.

LE MISURE NECESSARIE:

- **Aumentare la spesa sociale.** La spesa per i servizi sociali dei Comuni è ferma allo 0,4% del PIL. È necessaria un'inversione di rotta che riconosca la **spesa sociale come una condizione essenziale dello sviluppo del Paese**. È necessario rafforzare la spesa ordinaria per gli interventi e i servizi sociali per dare seguito, anche con le risorse del Fondo Sociale Europeo, agli stanziamenti fatti con il PNRR, Missione 5, Componente 2, a partire dall'estensione delle progettualità ai territori che ne sono rimasti esclusi.
- **Definire i LEPS e rafforzare i servizi sociali.** È necessario definire e finanziare adeguatamente i **Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)**: tutto ciò che le istituzioni pubbliche devono erogare per rendere esigibili quei diritti sociali fondamentali a **garantire una dignitosa esperienza di vita a tutti** e ad assicurare la liberazione dai bisogni e la riduzione delle disuguaglianze. È necessario che lo **Stato si faccia promotore e garante dell'uniformità del diritto** alla salute, all'istruzione, al lavoro, all'assistenza e alla mobilità in tutto il territorio nazionale, nel pieno rispetto del dettato costituzionale. Un'uniformità da perseguire anche con la definizione nazionale dei criteri di attuazione delle politiche e degli standard qualitativi delle prestazioni che le istituzioni territoriali devono assicurare attraverso il **potenziamento dell'infrastruttura sociale**. I **servizi pubblici territoriali** sono indispensabili per rispondere in modo integrato alla molteplicità dei bisogni delle persone, delle famiglie, dei minori, degli anziani, delle persone non autosufficienti o con disabilità, con problemi di salute mentale, dipendenze, con cronicità, ecc.
- **Dare risposte integrate a bisogni complessi.** La risposta ai bisogni sociali della popolazione deve avvenire attraverso una presa in carico integrata tra i vari interventi e diversi servizi

esistenti sul territorio sociali, sanitari, socio-sanitari, abitativi, educativi... È necessario siano diffusi su tutto il territorio **luoghi di prima presa in carico** della popolazione in cui, attraverso una valutazione preliminare dei bisogni da parte di personale specializzato, si orienti la persona verso i servizi idonei ai bisogni espressi per arrivare, così, alla definizione di un **progetto personalizzato**. La prima presa in carico deve avvenire, oltre che nelle Case della Comunità con i Punti Unici di Accesso (PUA), anche in tutti i luoghi, facilmente accessibili ed identificabili per la popolazione, individuati dall'Ambito Territoriale Sociale (ATS), e deve avere un'**adeguata dotazione organica**, comprensiva di tutte le professionalità necessarie.

- **Contrastare la povertà.** La povertà non è una colpa e il **Reddito di Cittadinanza** è un indispensabile strumento di contrasto alla povertà. Ma non basta. Va migliorato, eliminando le disposizioni che penalizzano le famiglie numerose e con minori, e quelle che discriminano gli stranieri, e, soprattutto, va rafforzata la modalità di presa in carico dei beneficiari da parte dei servizi pubblici del territorio. Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e Centri per l'Impiego devono operare in modo integrato per attivare tutte le politiche e gli interventi necessari a promuovere sia l'inclusione sociale dei beneficiari, con i necessari progetti personalizzati volti a rispondere e prevenire le necessità dell'intero nucleo familiare in condizione di bisogno, sia i percorsi di orientamento e formazione per favorirne l'inclusione lavorativa, senza dover sottostare a condizionalità mortificanti.
- Definire un **sistema di protezione sociale capace di agire in termini preventivi**, che sostenga **lavoratrici e lavoratori discontinui** nei periodi di non lavoro e le persone nei percorsi di formazione e riqualificazione, e che si attivi prima della caduta in povertà della persona per sostenerne l'inserimento lavorativo e prevenirne l'esclusione sociale.
- **Non doti, ma interventi e servizi universali.** **Un sistema di welfare universale non può fondarsi sui trasferimenti monetari e non può scaricare sulle famiglie la risposta ai bisogni.** Deve essere strutturato in un sistema articolato di servizi pubblici che prenda in carico e che assicuri l'accesso a prestazioni. I trasferimenti monetari possono essere una necessaria integrazione, ma non la principale o unica forma di risposta pubblica rivolta ad anziani, non autosufficienti, persone con disabilità, minori... che ottenuto il trasferimento vengono abbandonati a loro stessi. Il contributo economico non è una libera scelta, è una condanna a sbrigarsela da sé e un incentivo al sistema privato. Ancor di più i meri trasferimenti monetari non hanno efficacia qualora abbiano carattere temporaneo (bonus). L'introduzione dell'**assegno unico e universale per figlie e figli** come misura indirizzata specificamente a loro e non più alla famiglia di appartenenza procede nella direzione di un intervento strutturale, ma è necessario impedire che alcuni nuclei familiari -soprattutto i più fragili- subiscano penalizzazioni. È necessario perciò rendere stabili nel tempo le salvaguardie per i nuclei con ISEE inferiore ai 30 mila euro e trovare una soluzione che non penalizzi i minori appartenenti a nuclei familiari percettori del reddito di cittadinanza o composti da lavoratrici e lavoratori stranieri.
- Adottare **adeguate politiche pubbliche rivolte ai minori**, non scaricare sulle famiglie i costi delle risposte ai loro bisogni di sviluppo e crescita che non sono circoscritti al – fondamentale – tempo scuola e non possono essere demandati integralmente al sistema familiare e privato, ma devono essere promossi da uno stato sociale realmente inclusivo nel **garantire uguali opportunità**. Gli asili nido e la scuola dell'infanzia devono essere garantiti in tutti i territori, gratuitamente, estendendo il tempo pieno, anche nella scuola primaria, ma le politiche per i minori non devono esaurirsi con il necessario potenziamento del sistema educativo e di istruzione: devono essere attuati anche interventi volti a promuovere opportunità culturali, sportive e di socializzazione per bambini e adolescenti. È necessario altresì intercettare le potenziali situazioni di disagio dei minori all'interno del nucleo familiare, garantendo che la funzione dei consultori si estenda anche al necessario supporto ai nuclei stessi qualora non

siano in grado di affrontare le situazioni di conflitto derivanti dalla mancata accettazione della famiglia di percorsi di crescita dei minori non conformi alle aspettative dei genitori.

- **Non delegare ai caregiver il peso della cura e dell'assistenza di una persona disabile e non autosufficiente.** L'assistenza a un familiare deve essere una vera libera scelta - non un'imposizione dettata dall'assenza di politiche pubbliche adeguate - ed è necessario promuovere il riconoscimento del ruolo e della funzione del caregiver, fornendo i necessari servizi di sostegno, sollievo e supporto.
- **Superare processi di esternalizzazione e privatizzazione.** È necessario **far rientrare nel perimetro pubblico le funzioni essenziali di tutela e protezione**, e ricomporre la filiera dei diritti delle persone, superando i processi di esternalizzazione e privatizzazione. È prioritario tornare a investire nel sistema pubblico di protezione sociale e riportare le politiche sociali e sanitarie al **corretto rapporto tra pubblico e privato**, anche rispetto al ruolo degli Enti del Terzo Settore e del No Profit, la cui azione non può mai essere sostitutiva, a partire dall'individuazione dei bisogni e dalla programmazione degli interventi. È necessario che la regolamentazione dei rapporti e la definizione delle procedure di amministrazione condivisa prevedano un coinvolgimento stabile delle parti sociali e garanzie sulle condizioni di lavoro degli operatori ammessi, a partire dall'applicazione dei CCNL sottoscritti dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale, che deve essere prerequisito di ogni regolamento a riguardo. La tutela del lavoro deve riguardare anche la riqualificazione del lavoro delle assistenti familiari (badanti) con sistemi integrati di formazione, incontro domanda e offerta di lavoro mirati, supporto all'inserimento nel contesto familiare, garanzia della regolarità dei rapporti di lavoro.
- È necessario che il **welfare contrattuale** (piani di welfare e fondi sanitari integrativi) sia orientato a un rapporto più stretto con la rete dei servizi pubblici territoriali, da esercitare in una **dimensione sinergica e integrativa al servizio universale** – e non sostitutiva - con una funzione di sostegno al welfare pubblico e quindi solidaristica rispetto alla comunità. Vanno ridotte, inoltre, le forme di defiscalizzazione e decontribuzione destinate a prestazioni non propriamente di welfare.
- **Un confronto costante tra istituzioni e sindacato.** Per rispondere all'emergere continuo nel tempo di nuove povertà e nuovi bisogni, è prioritario, a anche livello territoriale, individuare luoghi di confronto tra Sindacato, Associazioni, Regioni, Enti Locali e ASL in cui agire la **contrattazione sociale territoriale** per aggiornare una mappatura dei bisogni che riconosca nuove fragilità e definisca nuove risposte.

Occorre rilanciare e dare forza a una vertenza nazionale, da articolare in tutti i territori, per la difesa, il potenziamento e lo sviluppo della sanità pubblica, a garanzia del diritto universale alla salute e alle prestazioni sociali.

La spesa sanitaria e sociale è un fondamentale investimento per un nuovo sviluppo sostenibile, capace di creare benessere diffuso e buona occupazione.