

NUOVI LAVORI

NEWSLETTER INFORMAZIONI n. 324 del giorno 14 11 2023

"Nuovi Lavori è partner di Wecanjob"



wecanjob

ESPLORA
SCEGLI
REALIZZA

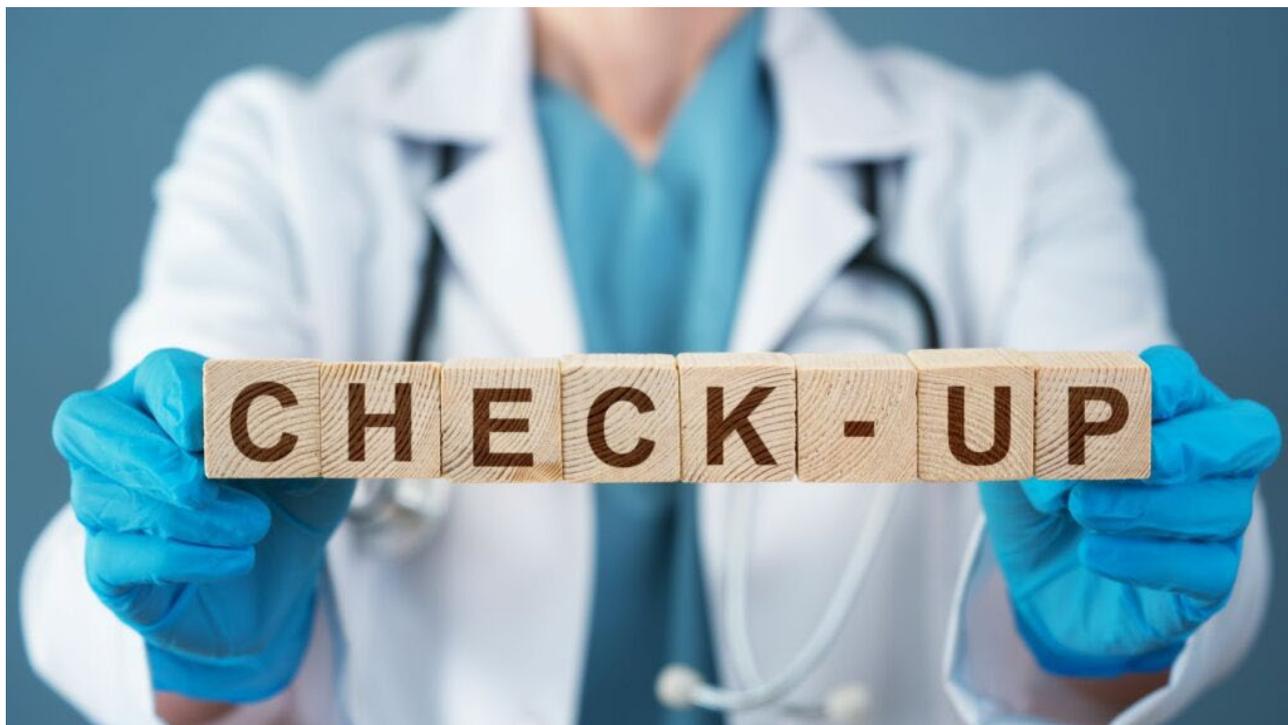
NEWSLETTER: "La Sanità Pubblica in codice rosso: intervenire con urgenza"

Indice

1. Solo un check up impietoso può salvare la Sanità pubblica (Raffaele Morese)
2. Il vero pericolo è la perdita del S.S.N. (Carlo Lusenti)
3. Una eccellenza che rischia di scendere dal piedistallo (Gianfranco Refosco)
4. La prospettiva è il welfare di prossimità (Giancarlo Penza)
5. Imparando dalla pandemia. Discontinuità e maggiore equità (Emilio Didonè)
6. Un nuovo rinascimento per la sanità italiana (Maurizio Petriccioli)
7. È il momento di definire una giusta via per la sanità integrativa (Cesare Damiano)
8. Rapporto Welfare Italia, Pensioni e sanità, la spesa cresce ma l'Italia è spaccata a metà (Gabriella Bruschi)

1. Solo un check up impietoso può salvare la Sanita' Pubblica

- di Raffaele Morese
- 14 Novembre, 2023



Quando fu istituito nel 1978 il Servizio Sanitario Nazionale, Tina Anselmi che lo volle con tenace determinazione – contro i tanti estimatori della situazione esistente imperniata sulle Mutue, presenti soprattutto all'interno della Democrazia Cristiana e cioè in casa propria – così definì i suoi capisaldi: "globalità delle prestazioni, universalità dei destinatari, eguaglianza dei trattamenti, rispetto della dignità e della libertà della persona". Una rivoluzione progressista che faceva fare un salto di qualità al benessere degli italiani e sigillava la maturità della cultura del welfare anche nel nostro Paese.

Dopo 45 anni, quelle caratteristiche appaiono quanto meno sbiadite, spesso negate, molto arlecchinate, alquanto bistrattate. Finanche l'universalità dei destinatari che è il criterio che resta il più solido, nei fatti vede l'esclusione dei meno abbienti, specie per quanto riguarda le prestazioni extra ospedaliere, verso le quali è sempre più necessario il concorso economico dell'interessato e il ricorso forzoso e quindi costoso alle prestazioni private.

Nell'insieme, quel Servizio soffre di disservizi di varia natura, dato che ipotizzato per un Paese relativamente giovane, ora deve fare i conti con un invecchiamento della popolazione secondo soltanto al Giappone; perché c'è una programmazione delle professioni che non tiene conto di questo cambiamento epocale e il numero chiuso universitario è solamente scandaloso; perché al professionismo espresso nelle varie attività sanitarie mediamente elevato, corrisponde un'organizzazione del lavoro assolutamente inadeguata e la piaga delle liste di attesa non è che la coda di una "catena del disvalore" che finora non è stata né interrotta, né ridimensionata, salvo qualche situazione di eccellenza; perché a decidere sono in tanti e prevalentemente le Regioni, le quali hanno bilanci per due terzi destinati alla sanità e quindi negli anni le risorse sono state utilizzate in maniera autarchica dalle singole amministrazioni e inevitabilmente disomogenee, come abbiamo potuto toccare con mano nella fase della pandemia.

La lista potrebbe continuare. Ma l'altro capitolo dolente è quello delle risorse. Qui siamo al capolinea. Né lo Stato ha disponibilità a sufficienza per finanziare i tanti capitoli di spesa per renderla più efficiente, né le Regioni possono continuare ad aumentare l'IRAP, che è imposta sul reddito e quindi sostanzialmente solo a carico dei lavoratori dipendenti e dei pensionati. Tutti gli altri cittadini godono delle stesse prestazioni di chi paga la ritenuta, senza alcun obbligo partecipativo.

Se questo è il quadro della situazione, almeno nei suoi tratti essenziali, la sorte del Servizio Sanitario Nazionale non può essere affidato ai pannicelli caldi delle misure emergenziali che di anno in anno si tirano fuori dal cappello per poter dire che è stata messa una toppa nel vestito che si sta sdrucendo da tutte le parti. Sono necessarie scelte radicali e chiare, adeguate al mutato contesto demografico, sociale ed economico.

Innanzitutto, bisogna riattrezzare i presidi territoriali. Ci sono le risorse del PNRR che potrebbero essere utilizzate a questo scopo e se non bastassero potrebbe essere buona l'occasione per chiudere la diatriba sul prestito MES, vincolandolo alla integrazione con la progettualità sanitaria per tutto il territorio nazionale. Questo è l'unico modo serio di affrontare la questione "code d'attesa" e assicurare prestazioni universalistiche vere; ciò non esclude la cooperazione con i privati, ma il pallino deve rimanere saldamente nella mano pubblica.

In secondo luogo, dare priorità alla formazione di nuovo personale medico e infermieristico, partendo dall'abolizione del numero chiuso per l'iscrizione alle facoltà del settore, divenuto strumento di selezione non di merito per l'entrata e di abbandoni in abbondanza lungo il corso degli studi. Parallelamente si può favorire l'integrazione di laureati e tecnici dai Paesi a forte emigrazione, organizzando "corridoi" ad hoc per immetterli nel nostro mercato del lavoro in modo stabile.

Inoltre, va pianificato l'obiettivo di considerare residuale il ricorso alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), per rendere realistica la proposta di curare e assistere gli anziani non autosufficienti nelle proprie case. Evitare di ghettizzare i vecchi ma anche di non ridurli alla solitudine è una opzione di civiltà che implica però che non si scarichi tutta la problematica sulle famiglie, quando ci sono. C'è un'esigenza di organizzazione dei servizi che soltanto la crescita del welfare di prossimità può favorire.

Infine, è inevitabile aprire il cantiere di come si finanzia il SSN. Tutte le forze sociali ed economiche devono essere chiamate a co-definire le condizioni per dare gambe solide al SSN, rivedendo in radice il sistema di raccolta delle risorse e stabilendo condizioni e modalità per una contribuzione generale ad hoc, fondata sulla regola "pagare meno, pagare tutti". Questa corralità è necessaria per evitare che gli egoismi corporativi e le convenienze più immediate si coalizzino al di là del merito, per lasciare le cose così come stanno.

A corollario di tutto ciò, c'è da chiedersi se ha senso una sanità regionalizzata. E' quasi un quarto di secolo che essa esiste e un bilancio pacato andrebbe fatto, sia sotto il profilo dell'efficienza amministrativa piuttosto che medico ospedaliero, sia sotto il profilo costituzionale della parità tra i cittadini del diritto alla tutela della salute, sia sotto il profilo strettamente politico a riguardo della qualità delle decisioni assunte e della capacità di corrispondere ai cambiamenti della società. Dare per scontata l'immodificabilità di un assetto istituzionale a presidio di una attività così importante per la vita dei cittadini, mi sembra una pigrizia mentale che potrebbe essere nociva per la stessa tenuta democratica del Paese. Non dice niente la progressiva disaffezione degli elettori che si registra da troppi anni, quando vengono chiamati a scegliere i consigli regionali?

In definitiva, lavoro dignitoso e welfare pubblico sono state le bandiere di un progresso civile del nostro Paese. Se cede uno, anche l'altro non resta in piedi. Per entrambi, quindi, è tempo di disegni nuovi, di allontanamento dal Novecento e di immersione nella nuova realtà che non ancora si è delineata compiutamente, ma richiede già di formulare direttrici di profonda innovazione.

2. Il vero pericolo è la perdita del S.S.N.

- di Carlo Lusenti*
- 13 Novembre, 2023



Il Servizio Sanitario Nazionale vive da molti anni una crisi profonda, figlia di molte cause e poche soluzioni.

I cambiamenti demografici ed epidemiologici, mai affrontati come positiva occasione di cambiamento ma sempre subiti come irrisolvibile problema e incombente minaccia, il definanziamento pubblico e il costante aumento della spesa privata, lo spezzatino regionale e il localismo irresponsabile, l'assenza di politiche chiare e lungimiranti su temi fondamentali, dagli investimenti al personale, la costante subalternità a logiche neoliberiste di strisciante privatizzazione, l'insufficiente determinazione con cui si definisce e si persegue una prospettiva di medio lungo periodo, compongono un elenco parziale delle malattie croniche della sanità italiana.

La debole e transitoria euforia per lo scampato pericolo post pandemia, che si è diffusa nel paese più velocemente delle più diffusive varianti virali, ha relegato tra addetti ai lavori e in circuiti tecnici ristretti alcune lezioni che viceversa dovrebbero saldamente rimanere ai primi posti dell'agenda politica e di governo nazionale, per supportare decisioni e azioni necessarie e urgenti. Purtroppo così non è.

Il SSN – e in particolare la rete ospedaliera, nonostante una dotazione di posti letto di 3.1/1000 abitanti inferiore alla media OCSE di 4,3, per non dire della Francia a 5.7 e della Germania a 7.8- si è dimostrato in più di due anni di inaspettata e terribile tempesta, l'infrastruttura più solida del paese, capace di reggere l'inimmaginabile perché animata da centinaia di migliaia di donne e uomini competenti, responsabili verso la comunità fino al sacrificio personale, consapevoli di essere l'ultimo argine che non poteva cedere.

Oggi questi professionisti della salute sono logori e disorientati.

Logorati dalla fatica fisica e psichica della pandemia che ha culminato il lento e inesorabile processo di riduzione del finanziamento della sanità pubblica che data da più di due decenni e che relega l'Italia ad una spesa pro capite a parità di potere d'acquisto di 4.291 dollari, un dato che continua ad assestarsi sotto la media OCSE di 4.986 dollari. Il confronto resta impietoso rispetto ai grandi Paesi europei come la Germania che spende quasi il doppio (8.000 dollari) e la Francia (6.630). Spende più dell'Italia anche la Spagna con 4.432 dollari pro capite. Non proviamo nemmeno a risalire la china vista la previsione di riduzione del finanziamento in rapporto al PIL nei prossimi anni. La nota di aggiornamento del Def per il periodo 2023-2025 prevede una costante riduzione della spesa sanitaria annuale pari all'1.13 % e un rapporto tra spesa sanitaria e Pil che entro il 2025 scenderà al 6 %, un livello notevolmente inferiore rispetto ai dati pre pandemia.

Magra consolazione; possiamo considerarci "il primo dei paesi poveri".

La scarsità di risorse, politiche sanitarie senza visione e senza innovazione, gestioni locali spesso inefficienti quando non penalmente rilevanti hanno grandemente indebolito la struttura del SSN. Dal 2000 al 2019 un calo di più di 80.000 posti letto di degenza ordinaria (272.000 contro 190.000), Dal 2007 al 2019 – 50.000 unità di personale (- 4500 medici – 7.700 infermieri), oltre 300 ospedali chiusi in venti anni (1.321 nel 2000 – 992 nel 2019). Non pochi medici – intesi come laureati in medicina e Chirurgia – (4.1/1000 abitanti, dato superiore rispetto alla media OCSE di 3.7) ma con una carenza di specialisti e l'età media più alta tra tutti i paesi OCSE: ben il 56% ha più di 55 anni.

Per contro una grave carenza di infermieri: 6.2/1000 abitanti a fronte di una media OCSE di 9.2/1000 abitanti.

Tutto ciò mentre l'assistenza territoriale si dimostrava sempre più fragile, primo argine a crollare durante la pandemia, con i medici di base sempre più soli e il pronto soccorso in perenne emergenza.

Queste condizioni causano rischi per la tenuta del sistema che non vanno sottovalutati. In primis l'aumento di persone che a causa del costo della compartecipazione alla spesa o a causa delle difficoltà all'accesso rinunciano alle cure. Nel corso del 2020 secondo i dati Istat il 7% della popolazione italiana ha dovuto rinunciare a cure mediche essenziali a causa dei costi elevati o delle lunghe liste d'attesa, coinvolgendo così ben quattro milioni di cittadini. Nel 2021 i cittadini italiani hanno speso un totale di 41 miliardi di euro per le proprie cure, con una media di 623 euro pro capite. Questo crescente fenomeno mina la fiducia nella capacità del SSN di soddisfare la funzione che gli è propria: dare ad ogni persona la serenità di non dovere essere costretto a scegliere tra curarsi e sostenersi e la consapevolezza che la risposta appropriata viene da un sistema che non fa distinzione tra ricco e povero.

Non vanno negati gli sforzi e gli incrementi realizzati durante gli anni della pandemia (finanziamento, personale, posti letto di terapia intensiva) sostenuti più dallo stato di necessità che da scelte strategiche di lungo periodo, ma sono stati transitori e insufficienti per affrontare il futuro prossimo, che è già chiaro.

Da questo contesto, i professionisti della sanità pubblica se ne vanno, o non arrivano nemmeno. Le stime più attendibili prevedono nel periodo 2019 - 2024, tra pensionamenti, dimissioni volontarie e nuove attività legate alla pandemia e al potenziamento della assistenza territoriale, una carenza di circa 40.000 medici specialisti. Ogni anno almeno mille medici vanno all'estero, a questi se ne aggiungono circa 2000 che ogni anno lasciano il servizio pubblico per andare a lavorare nel privato o a fare il "gettonista".

Già oggi nei pronto soccorso mancano all'appello 4.500 medici. È stato ormai raggiunto un vero e proprio "punto critico" che rappresenta una vera "emergenza nazionale" in cui il sistema di emergenza-urgenza è al collasso nonostante l'abnegazione e la dedizione costanti di tutto il personale, sistema che non può più sopportare un lavoro in "isorisorse" né di lavorare sempre di più e più velocemente.

Le cause non sono solo economiche, pur essendo le retribuzioni del personale sanitario inferiori alla media dei Paesi dell'Europa occidentale e con scarsissime possibilità di incremento nei prossimi anni. Condizioni di lavoro inadeguate, stress lavoro correlato a diffusi fenomeni di burn-out tagliano le radici delle motivazioni personali e negano il riconoscimento sociale causando effetti nocivi sulla salute del personale sanitario sino a determinare - come evidenziato da innumerevoli studi nazionali e internazionali - una diminuzione dell'aspettativa di vita dei medici.

Inoltre, anche nelle realtà regionali e aziendali più solide, è nota l'estrema difficoltà che si incontra nel reclutamento di specialisti e di numerose altre professioni sanitarie, in conseguenza della errata programmazione e dell'insufficiente finanziamento del sistema formativo nell'ultimo decennio.

Dei 191 miliardi del PNRR solo poco più di 15 sono stati destinati alla sanità, circa l'8%, di questi una minima parte è stata sinora spesa e comunque esclusivamente per investimenti, opportunamente orientati alla necessaria riforma dell'assistenza territoriale consentiranno di costruire case della comunità e acquisire tecnologie, prevedibilmente in quantità insufficiente, ma non serviranno ad assumere personale sanitario, in particolare ospedaliero.

A ciò si aggiunge il necessario recupero delle prestazioni sanitarie arretrate- ambulatoriali e chirurgiche - accumulate a causa della pandemia costituisce un problema nel problema, stretto tra insufficienti risorse e rancore sociale scarica su medici e infermieri aspettative e responsabilità difficilmente sostenibili.

La sanità è un settore ad elevata intensità di lavoro e ad altissima concentrazione di competenze.

Da anni i professionisti del SSN sono sempre meno numerosi, sempre più anziani, sempre più precari, con responsabilità spesso non formalmente attribuite e con contratti rinnovati - quando accade - molti anni dopo la scadenza.

Ancor più grave è lo scarso riconoscimento del valore del lavoro che svolgono, nonostante la maggior parte di loro si impegni quotidianamente all'interno di un sistema sempre più in difficoltà.

Gli elementi critici si sovrappongono e potenziano a vicenda: la colpevole mancanza di qualsiasi programmazione della formazione e dei percorsi di accesso al lavoro, la riduzione del personale dipendente e l'incremento dell'età media, le esternalizzazioni e tutte le forme di precariato, le condizioni di lavoro demotivanti e la svalutazione del lavoro di cura, sono alcune delle cause reali che indeboliscono la rete di servizi a più elevato contenuto di competenze e alimentano malcontento e frustrazione.

A queste analisi di natura strettamente sanitaria e professionale si aggiunge un rischio sistemico che incombe sull'intero sistema Paese: il disegno di legge sull'autonomia differenziata, all'esame del Senato, un vero e proprio suicidio sociale oltre e prima che professionale e sanitario. Sottraendo al diritto alla salute una dimensione nazionale si mette in crisi il Ssn e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato. Rafforzare il regionalismo in sanità significa insistere su una strada sbagliata, perché la sanità rappresenta da tempo un laboratorio per misurare la capacità dello Stato di ridurre le diseguaglianze regionali, e in particolare il gap strutturale Nord-Sud. Oggi le distanze tra le varie aree del paese si misurano non solo in km ma in aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi) mortalità infantile (doppia al Sud), mortalità materna al parto (maggiore al Sud). Così come nei servizi sociali il divario è enorme, tra i 583 euro spesi per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. Rendere l'accesso alle cure e i loro esiti, funzioni della residenza e del reddito equivale a trasformare la sanità in un bene pubblico per i residenti in una Regione e un bene di consumo in altre Regioni, realizzando la cosiddetta "secessione dei ricchi", come definita dallo studioso Gianfranco Viesti, che ha una sola finalità: alimentare quelle diseguaglianze negli esiti di salute tra i territori che il governo dichiara di voler abbattere. Il federalismo in sanità è fallito.

Si presti ascolto alle parole del Presidente Mattarella nel discorso di fine 2022: *"Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne – creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza."* Aggiungendo che: *"Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi"*.

Questo contesto aggiunge disorientamento alla stanchezza, nega una prospettiva accettabile su cui investire il proprio futuro umano e professionale, alimenta frustrazioni che indeboliscono senso di appartenenza e identificazione con i valori della sanità pubblica.

La classica domanda...*che fare?* ha alcune possibili risposte...se abbiamo imparato la lezione.

Prendo in prestito le parole di un caro amico, Giovanni Bissoni *"E' da tempo che la sanità pubblica, patrimonio indispensabile per un paese civile non ottiene la giusta attenzione. Oggi il vero pericolo è la privatizzazione e la perdita del S.S.N."*.

È necessario opporsi a questo declino – manifesto ma evitabile – riaffermando e rilanciando la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di elaborare e realizzare politiche sanitarie all'altezza delle sfide presenti e future. Questa necessità, da tempo presente, è divenuta urgente e imperativa con la pandemia che segna il confine tra ciò che non deve più accadere e ciò che saremo capaci di far accadere.

Prima delle proposte è necessario animare e promuovere una vasta consapevolezza sociale che sia luogo di condivisione e mobilitazione. Le riforme degli anni settanta non sono capitate per caso, né tantomeno sono una gentile concessione dei governi di quegli anni, ma sono il risultato di solide elaborazioni e anni di aspri confronti e proteste civili.

È necessario unire i medici e gli operatori sanitari, oggi divisi da logiche individualiste e difese corporative, su obiettivi comuni di difesa e innovazione del SSN, di migliori condizioni di lavoro, di esigibili diritti di salute per tutta la comunità nazionale.

Occorre rinnovare il ruolo di guida nazionale nella difesa del diritto alla tutela della salute, l'unico che la Costituzione dichiara fondamentale per tutti gli individui e interesse della collettività, accelerando nell'innovazione delle politiche e dell'organizzazione, partendo da problemi reali di grande rilevanza.

Il principale dei quali è la cura del capitale umano perché la mancanza di una seria politica del personale sta mettendo in ginocchio l'intero sistema sanitario: la formazione, il reclutamento, la valorizzazione, la fidelizzazione dei professionisti della salute che lavorano per il Servizio Sanitario Nazionale, costituendo la risorsa prioritaria di questo complesso e prezioso sistema di strutture e servizi, unica garanzia dell'accesso "universale" all'erogazione "equa delle prestazioni sanitarie" in attuazione del dettato costituzionale.

E' necessario ricostruire una prospettiva positiva e un clima di fiducia tra i professionisti del Servizio sanitario nazionale uscendo da una palude d'incertezze e subalternità.

Occorre rilanciare l'orgoglio di appartenenza di chi non solo resiste meglio degli altri ma sa vedere più lontano e costruisce progetti e soluzioni che innovano e migliorano le condizioni di lavoro di tutti i professionisti.

In questa prospettiva alcuni temi diventano prioritari e alcune proposte ineludibili.

Bisogna trovare una nuova via alla formazione, di base e specialistica, delle professioni sanitarie. È il SSN che deve occuparsi della formazione dei propri professionisti (come fa qualunque impresa che opera in qualunque altro settore dell'economia). Il servizio sanitario non può più pagare il prezzo della disastrosa sinergia tra la scellerata programmazione nazionale e l'indifferente monopolio delle Facoltà mediche.

Vanno costruiti percorsi di formazione, reclutamento e inserimento al lavoro nel servizio sanitario regionale più celeri e diretti, che soddisfino le esigenze di sostenibilità del servizio sanitario e le aspirazioni dei giovani professionisti, invertendo una deriva d'impoverimento e in alcuni casi di vera e propria fuga.

È necessario e urgente avviare uno straordinario piano di reclutamento che deroghi agli attuali vincoli (titolo di specialista come requisito d'accesso) valorizzando le fresche competenze, le grandi energie e l'intatto entusiasmo dei laureati in Medicina e Chirurgia, garantendo loro un percorso di specializzazione interno al SSN.

Una rinnovata attenzione va posta ai contesti organizzativi, all'interazione/integrazione multi specialistica e multi professionale, alla valorizzazione delle competenze e ai mutamenti indotti dalla potentissima innovazione tecnologica, alla transizione demografica che richiede nuovi assetti assistenziali affidati a professionisti con competenze specifiche e autonoma responsabilità. Confrontarsi con le migliori esperienze internazionali per alimentare innovazione e miglioramento continuo dei servizi è interesse dei professionisti e della comunità.

La valorizzazione non formale dei professionisti del servizio sanitario richiede anche il riconoscimento di un più chiaro ruolo d'attiva partecipazione e responsabilità alla vita delle aziende. Non è in discussione e non va confusa la naturale e positiva azione svolta dalle rappresentanze sindacali, di ordini e collegi, ma il servizio sanitario è un'intelligenza collettiva, una concentrazione senza pari di cultura e competenze che va ascoltata, resa partecipe e utilizzata nei processi decisionali, senza confusione di ruoli e timori di disfunzioni organizzative. Quale "prescrizione" per curare chi si prende cura dei cittadini?

Nell'immediato, lanciando un piano straordinario di reclutamento e premialità di tutte le figure professionali del SSN, superando vincoli e incompatibilità che in una condizione di emergenza non ci possiamo permettere, finanziandolo adeguatamente incrementando la dotazione del FSN.

Con continuità, sostenendo politiche di valorizzazione del Servizio sanitario nazionale pubblico come elemento prioritario di solidità e crescita del paese, promuovendo la formazione e lo sviluppo di competenze innovative, l'integrazione multiprofessionale e il confronto imitativo con le migliori esperienze organizzative internazionali.

In prospettiva, rivendicando e proteggendo ogni giorno politiche per la salute all'altezza dei diritti e del valore delle persone, quelle che hanno bisogno di cure e quelle che si prendono cura.

*Direttore Dipartimento Chirurgico e Grandi Traumi; Direttore U.O. Urologia – Cesena – Ausl della Romagna; già Assessore Politiche per la Salute Regione Emilia-Romagna

3. Una eccellenza che rischia di scendere dal piedistallo

- di Gianfranco Refosco*
- 13 Novembre, 2023



Il servizio sociosanitario veneto sta vivendo, a seguito della pandemia, una crisi di trasformazione.

Cambiano in maniera rilevante i bisogni di salute nel territorio, se è vero, come documenta la Regione Veneto, che la domanda di esami diagnostici e visite specialistiche è aumentata stabilmente in questi due anni del 13% rispetto al periodo pre-pandemia (addirittura di circa il 30% per quanto riguarda la diagnostica pesante – RMN e TAC) determinando un collo di bottiglia nell'erogazione delle prestazioni che allunga in maniera rilevante le liste d'attesa. I cambiamenti sociali in corso mettono al centro dell'attenzione anche alcuni ambiti finora sottovalutati: la salute mentale (soprattutto minorile), la sanità carceraria e la medicina scolastica ad esempio.

Cambia in maniera strutturale la situazione occupazionale, con una fuga dalla sanità pubblica di molti professionisti, un calo strutturale delle iscrizioni ai corsi di formazione per operatori socio sanitari e ai corsi universitari per infermieri, che fanno presagire una carenza cronica futura di personale; allo stesso tempo molti concorsi di assunzione non trovano candidati e

l'età media in molti settori e reparti rende evidente un prossimo problema di avvicendamento generazionale che rischia di non trovare adeguate risposte.

E, infine, cambia il contesto economico finanziario, dopo oltre un decennio di definanziamento del servizio sanitario nazionale, in una fase di grande necessità di investimenti (pensiamo ad esempio alle nuove frontiere tecnologiche della salute, che rischiano di essere appannaggio delle grandi società private dell'IT), e di progressiva avanzata del privato nella gestione e nel finanziamento dei servizi sanitari.

Queste trasformazioni stanno impattando in maniera consistente nella erogazione dei servizi sanitari e nella percezione di qualità da parte delle cittadine e dei cittadini, anche nelle aree del Paese, come il Veneto, dove lo standard dei servizi è sempre stato riconosciuto ed apprezzato.

Una recente ricerca di Fondazione Corazzin per Cisl Veneto evidenzia che vi è una diffusa sensazione di peggioramento del servizio sociosanitario a valle della pandemia da Covid19, e che, se la qualità dei servizi viene in molti casi ritenuta di eccellenza, sono invece l'accesso e la presa in carico da parte del sistema sanitario i punti deboli attuali: tempi lunghi di attesa, carenza nei presidi territoriali soprattutto nelle fasi post-ricovero, poco ascolto ai bisogni delle persone, personale insufficiente. In un territorio come il Veneto, queste problematiche incrinano seriamente la fiducia delle persone nei confronti del servizio sociosanitario. E, come sappiamo, un sistema sanitario non è solamente un insieme di tecniche, strumenti e procedure, ma è un'infrastruttura sociale che funziona se la comunità territoriale la legittima e la sostiene.

Di fronte a sfide evolutive così rilevanti e urgenti, serve davvero elaborare una visione strategica del servizio sanitario, rafforzando l'integrazione con gli interventi sociali (una delle originali intuizioni della Regione Veneto), e realizzare un piano di medio termine per portare a termine la sua trasformazione.

Serve garantire risorse adeguate al sistema, a partire dal finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, agendo però anche su un migliore utilizzo delle risorse. La Cisl stima che il costo della "medicina difensiva", cioè di azioni superflue ma che servono a tutelare i professionisti dal rischio di richieste di risarcimento danni, ammonti a 15 miliardi di euro all'anno. Risorse sottratte alla valorizzazione del personale e agli investimenti in servizi, che potrebbero essere sensibilmente ridotte depenalizzando l'atto medico. Anche le risorse contrattuali dei fondi sanitari integrativi possono essere destinate a sostenere la sanità pubblica, anziché incentivare solamente quella privata. È quello che si sta provando a fare con Sani In Veneto, il fondo di assistenza sanitaria dei lavoratori artigiani del Veneto, che ha stipulato nell'ultimo anno due convenzioni con strutture sanitarie pubbliche in Veneto; un esempio che, se fosse emulato dai fondi sanitari nazionali, potrebbe contribuire non poco a rafforzare la sanità pubblica.

Serve una politica del personale che, partendo dalla sostituzione del numero chiuso con il numero programmato nelle Università, riesca a rendere attrattive le professioni sanitarie per i giovani, a valorizzare e motivare i professionisti già presente, e a programmare un'intelligente campagna di immigrazione mirata per il comparto sociale e sanitario, che altrimenti rischia di essere sguarnito di professionalità di ogni livello.

E' necessario anche realizzare spazi di confronto e concertazione a livello regionale, non solo per permettere alle rappresentanze sociali e sindacali di portare al decisore pubblico rivendicazioni e proposte, ma soprattutto per condividere programmi di miglioramento, di riorganizzazione e di implementazione di servizi. Questo è l'obiettivo del tavolo permanente istituito quest'anno dalla Regione Veneto su richiesta di Cgil Cisl Uil, che in questi mesi è servito per un approfondimento e uno scambio di informazioni e proposte sui temi più urgenti e rilevanti del territorio, come le liste d'attesa, la carenza e l'organizzazione dei medici di medicina generale, le dimissioni protette e la presa in carico territoriale.

Infine, è importante pensare di realizzare delle adeguate campagne di educazione sanitaria della popolazione, per tutte le fasce d'età, a partire dalla scuola. La salute delle persone è garantita da un servizio sanitario che funziona, ma soprattutto da comportamenti consapevoli e adeguati delle persone, e da una coesione sociale che limiti il rischio della solitudine e sostenga i più fragili. Su questa dimensione educativa e pedagogica di cittadine e cittadini il ruolo del sindacato è di enorme importanza, sia per stimolare l'azione delle pubbliche amministrazioni, come pure nell'azione quotidiana di rappresentanza di lavoratori e pensionati.

*Segretario Generale CISL Veneto

La prospettiva e' il welfare di prossimita'

- di Giancarlo Penza*
- 13 Novembre, 2023



La crisi del welfare nella transizione culturale

La crisi del *welfare* va compresa oggi nell'orizzonte della grande transizione europea, che non è solo demografica ma anche culturale. I sistemi di sicurezza sociale si affermarono in Europa nei cosiddetti *Trenta gloriosi*, gli anni tra il 1945 e il 1975. Il miracolo economico, l'affermazione di nuovi diritti sociali, l'estensione delle condizioni di benessere furono il prodotto di ordinamenti alla cui definizione contribuirono partiti, sindacati, movimenti collettivi. Come ha argomentato alcuni anni fa Tony Judt con esemplare chiarezza, "era lampante che la giustizia, l'uguaglianza di opportunità o la sicurezza economica fossero obiettivi condivisi che potevano essere raggiunti solo attraverso l'azione comune" (Judt, 2010). Non mancavano controindicazioni come la regolamentazione e il controllo dall'alto, eccessivamente intrusivi – i sistemi di welfare erano totalmente in mano allo Stato – ma questo era il prezzo della giustizia sociale, ed era il prezzo che valeva la pena pagare.

A partire dalla seconda metà degli anni Settanta questa visione entrò in crisi e fu stravolta. Salì alla ribalta una generazione il cui elemento unificante non era più rivendicare l'interesse di tutti, ma i bisogni e i diritti di ognuno. Questa critica ebbe esiti sia a destra che a sinistra. In un'intervista del 1987 Margaret Thatcher, che governava già da otto anni in Gran Bretagna, affermò: "there is no such a thing as society", non esiste la società, esistono solo gli individui: una formula che avrebbe fatto fortuna nei decenni successivi. Fu la dichiarazione di morte del *welfare consensus* del dopoguerra, ossia la "convergenza delle diverse forze politiche nel supporto all'interventismo statale e all'alta spesa pubblica" (Serughetti, 2023). L'individualismo e "l'affermazione del diritto di ogni persona alla massima libertà privata e alla libertà assoluta di esprimere desideri autonomi" (Judt, 2010) prevalsero sui sacrifici a cui le singole identità con le loro esigenze debbono ricorrere, se desiderano associarsi, e confluire in soggetti politici di massa, possibilmente influenti e duraturi. Il dibattito pubblico scoprì il tema delle identità, fondamentale nel panorama culturale di oggi. Ed è anche per questa via che maturò la crisi dei movimenti collettivi, del sentirsi parte di un *noi* più grande che rappresenta e protegge. Ma anche la crisi dello Stato, della sua autorità e delle sue funzioni di patrocinatore della giustizia e di redistributore sociale.

Ma la critica, come si diceva, arrivò anche da sinistra. La società dei *Trenta gloriosi* era in fondo troppo massificata e appiattita: lo Stato era il regolatore supremo, copriva ogni aspetto della vita collettiva, con forti tratti di paternalismo. Ragionava per categorie e la "categorializzazione" delle risposte mortificava le diversità. Il modello sanitario era ancora ottocentesco, prevalentemente basato sugli ospedali e gli istituti per anziani erano spesso l'eredità delle grandi istituzioni dell'epoca moderna in cui si ricoveravano poveri, mendicanti, malati mentali, handicappati: una politica di reclusione degli emarginati. Presero forma e si consolidarono un pensiero e una cultura anti-autoritari, i cui maggiori esponenti, Foucault, Goffman, Basaglia, Illich, conducevano battaglie in nome della libertà e della dignità della persona, contro le istituzioni totali, gli universi concentrazionari, i reclusori: spazi dove, in nome di una uniformità di trattamenti si arrivava a calpestare e annullare la personalità stessa dei reclusi. Processi di mortificazione, li definiva un libro fondamentale, *Asylums* di Erving Goffman, che fu tradotto in Italia nel 1968, proprio a cura di Franco Basaglia, il padre della riforma psichiatrica. In quegli anni, Ivan Illich contestava il sistema sanitario parlando di espropriazione della salute, di iatrogenesi, di medicalizzazione dei bisogni, di industrializzazione della cura. Scriveva a proposito di un certo approccio alla vecchiaia: "Quanto più la vecchiaia diventa soggetta a servizi di assistenza professionale, tanta più gente viene spinta in istituti specializzati per gli anziani, mentre l'ambiente di casa, per quelli che resistono, si fa sempre più inospitale. Questi istituti sembrano il dispositivo strategico odierno

per disfarsi dei vecchi". Infatti "il tasso di mortalità durante il primo anno dopo il ricovero è sensibilmente più alto di quello che si registra fra i vecchi che rimangono nel loro ambiente abituale".

Il sociologo Alberto Melucci aveva individuato all'inizio degli anni '80 un mutamento importante all'interno dei movimenti che erano nati negli anni della contestazione. Se le lotte che avevano caratterizzato gran parte del Novecento avevano come oggetto la contesa sulla distribuzione delle risorse materiali e sul controllo del modo di produzione, ora l'oggetto dei conflitti sociali diventa prevalentemente immateriale e simbolico. Questa cultura anti-autoritaria oggi è in declino, malgrado la crisi dello Stato e dei sistemi collettivi. Nella società dell'*io*, infatti, in un tempo di soggettivismi esasperati, i poveri o i marginali sono considerati colpevoli del loro destino infausto. E così, pur in un quadro attuale di allargamento dei diritti individuali reclamati, gli scartati restano fuori e non hanno voce.

- Cambiare il *welfare* destinato alle fragilità: il *welfare* di prossimità.

Gli scenari demografici e culturali così mutati impongono dunque un cambiamento profondo nelle articolazioni del *welfare state*, in particolare per ciò che riguarda la qualità dei servizi di cura rivolti alle fragilità. Innanzitutto, non bisogna dimenticare in fretta l'esperienza tragica della pandemia, come se fosse stata una parentesi sciagurata. La pandemia infatti non è stata una parentesi, ma un drammatico evento rivelatore. Al 1° gennaio del 2022 l'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 era di 81,3 anni. Quasi l'85% dei decessi per coronavirus ha riguardato persone over 70, oltre il 56% quelle con più di 80 anni. Si è trattato di un vero e proprio "anzianicidio" avvenuto soprattutto negli istituti, nelle case di cura, nelle RSA, nelle nursing homes, o, come si chiamano in Francia, nelle Ephad. Certo, l'età avanzata e le pluripatologie hanno aumentato il rischio da Covid-19, ma gli anziani a casa non sono morti nella stessa proporzione degli anziani in istituto. Secondo alcuni studi, in più del 60% dei morti da coronavirus in Europa si è trattato di anziani istituzionalizzati. Dopo eventi di tale gravità nulla può rimanere com'era: "Peggio di questa crisi c'è solo il dramma di sprecarla", aveva detto papa Francesco nella messa di Pentecoste 2020, la prima celebrata in presenza, dopo le misure restrittive imposte dal coronavirus.

Siamo ad un punto di svolta paragonabile a quanto accadde nel 1978. Allora, venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale, che per quarantacinque anni ha garantito alla popolazione italiana, attraverso la sanità pubblica e universalistica, standard di cure e di assistenza molto elevati, tra i migliori al mondo, come attesta l'aumento formidabile della longevità in Italia negli ultimi decenni. Fu quello l'*acme* del modello di *welfare* di massa. Oggi non basta più. Si pensi all'eccesso di ospedalizzazione o alle molteplici falle del sistema, come il congestionamento dei servizi di Pronto soccorso. Del resto, da allora, l'Italia non è più lo stesso paese: l'indice di vecchiaia al censimento 1981 era pari a 61,7; oggi è l'87,9. Occorre un nuovo modello di *welfare*, il *welfare* di prossimità, che sposti risorse e servizi nei luoghi dove vive la popolazione, specialmente gli anziani, attraverso un sistema a rete e ad alta integrazione e che abbia il domicilio come centro nevralgico di cura e di assistenza.

- La legge 33/23 per nuove politiche a favore degli anziani.

Un grande momento di svolta in questa direzione è stata l'istituzione, nel settembre 2020, in piena pandemia, della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, la cui presidenza è stata affidata a mons. Vincenzo Paglia. Al termine di un lungo e complesso lavoro della Commissione, nel marzo del 2023 è stata approvata dal Parlamento senza alcun voto contrario la legge 33 ("Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"), che istituisce per la prima volta nella nostra storia un sistema di *welfare* veramente a misura di anziano: una legge storica poiché mette insieme cultura, esperienze, studi, *best practices* che da decenni animano il dibattito sull'innovazione sociosanitaria del nostro paese. Pensiamo a temi quali l'integrazione di sanità e assistenza e la creazione di un *continuum* di servizi personalizzati; il trasferimento della regia del sistema integrato dalle residenze e dall'ospedale al territorio e alla domiciliarità; riconoscimento e qualificazione dei prestatori d'opera nei servizi alla persona e dei *caregiver* familiari; e tanto altro ancora.

La legge delega attiva due ambiti di intervento: da un lato, politiche per l'invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità; dall'altro, assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti. L'architettura del

sistema finalmente integrato (Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente, SNAA) si fonda su una cabina di regia costituita dal Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio, che adotta ogni anno i due Piani, per l'invecchiamento attivo e per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza. Il *modus operandi* del sistema è il *continuum* assistenziale, che inizia dai Punti Unici di Accesso (PUA), collocati presso le Case di comunità, cioè sul territorio, dove avviene l'incontro fisico tra le diverse professionalità; e che prosegue con l'elaborazione, per ciascun soggetto preso in carico, di Progetti individualizzati di assistenza integrata (PAI), da attuare prevalentemente al domicilio dell'interessato, o in centri diurni, o ancora in servizi residenziali temporanei di sollievo, ove si prospettano i nuovi compiti per RSA rinnovate.

In pratica viene azzerata la modalità prestazionale dell'intervento di cura, con i suoi protocolli standardizzati, per adottare la modalità della presa in carico. Si entra cioè in un'altra dimensione: quella della personalizzazione dei servizi, che vengono forniti sulla base del bisogno del soggetto assistito e non dei moduli organizzativi del servizio.

Per quanto riguarda le RSA, certo viene sottratto loro il monopolio della cura delle fragilità. Del resto basti pensare che un'indagine della Commissione Paglia e ISTAT ha evidenziato che nella popolazione over 75, circa 7 milioni di persone, 2,7 milioni presentano situazioni di estrema fragilità per diversi motivi. I servizi di ADI forniscono 18 ore l'anno per anziano bisognoso e l'investimento sul territorio e presso l'abitazione non supera i 2 miliardi annui. Per i 280 mila anziani in RSA la spesa pubblica e dei cittadini è di ben 12 miliardi l'anno: una sproporzione macroscopica e per certi versi inspiegabile. Non si tratta di mettere in discussione la necessità di servizi residenziali adeguati, a patto che si rispetti il principio per cui tutti gli anziani hanno diritto a vivere fino alla fine dei loro giorni in luoghi che possano chiamare casa o famiglia. La legge 33 chiede alle RSA di rinnovarsi e di adattarsi a nuovi ruoli: "non più 'terminali' di un processo di inevitabile decadimento da cui non si offrono più vie di uscita, non più entità isolate e isolanti, che rendono difficile o impossibile il contatto umano, ma elementi dinamici, aperti alla società, alle famiglie e al volontariato" (Palombi, 2023). Possono diventare centri multiservizi, fornendo un mix di servizi territoriali e domiciliari, unità mobili, specie nelle aree interne e più spopolate del paese; o trasformarsi in ospedali di comunità, somministrando cure di transizione. Ma la legge introduce anche nuove forme di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale, nell'ambito di case famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali", alternative all'istituzionalizzazione.

Tutto a carico e sulle spalle dello Stato? Certamente no. La legge promuove e valorizza, nell'ambito del sistema di cura, tutte quelle reti di prossimità che si creano attorno all'anziano fragile e che sono costituite da esperienze di volontariato, risorse parentali, forme di cittadinanza attiva, in grado di spezzare l'isolamento sociale degli anziani. Nella società frammentata e atomizzata di oggi, che dà enorme valore all'autonomia dei singoli e deprezza l'importanza dei legami stabili, essere condannati alla solitudine è il destino comune di molti anziani. E di solitudine ci si ammala e si muore. La legge va incontro a quel modello di "città-comunità" di cui parla papa Francesco nella *Laudato si'*, affermando che la qualità delle relazioni umane possono fare la differenza anche in un ambiente profondamente degradato dalla miseria. Promuovere l'amicizia civica è certamente un tratto innovativo che la legge si propone di realizzare.

- Considerazioni finali.

Il *welfare* aggiornato ai tempi deve saper coniugare universalità e diversità: servizi di cura a carattere universalistico, ma con l'impronta della personalizzazione, poiché ogni soggetto è unico: non più *i disabili*, ma *quella persona con la sua disabilità*. La quale, per di più, non deve mai essere identificata col suo limite.

Infine, la solidarietà con la persona nel bisogno deve oggi misurarsi con due grossi ostacoli. Da un lato, la colpevolizzazione dei poveri, a cui si è già accennato, fenomeno che cresce in questi anni anche a causa della domanda di distanza dagli altri e dei meccanismi di un neo-capitalismo competitivo che dà un peso eccessivo alla meritocrazia. Dall'altro, la settorializzazione o professionalizzazione delle risposte, che vedono specialisti fornire il proprio contributo, pur di valore, senza connettersi con la complessità dei problemi e delle risorse di una persona, in una visione globale e olistica. In questo modo anche il lavoro sociale finisce per essere di sportello, si applicano protocolli, si categorizzano i bisogni, si interviene su

esplicita richiesta, ma l'umanità dei bisognosi resta sullo sfondo. La standardizzazione delle risposte è un'arma a doppio taglio. C'è una professionalità, una laicità del servizio da promuovere e coltivare, ma, verrebbe da dire, occorre anche uscire dalle istituzioni o dagli uffici e ritornare sulla strada, percorrere di più le vie e le piazze dei quartieri o dei borghi dove vive la gente, per conoscerne la storia, la vita, le difficoltà e, all'occorrenza, prevenirne i bisogni. Proprio come diceva una vecchia canzone: "C'è solo la strada su cui puoi contare, la strada è l'unica salvezza, c'è solo la voglia e il bisogno di uscire, di esporsi nella strada e nella piazza. Perché il giudizio universale non passa per le case, le case dove noi ci nascondiamo. Bisogna ritornare nella strada, nella strada per conoscere chi siamo".

Fonti delle citazioni

T. Judt, *Guasto è il mondo*, Roma-Bari 2010.

G. Serughetti, *La società esiste*, Roma-Bari, 2023.

I. Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano 2004.

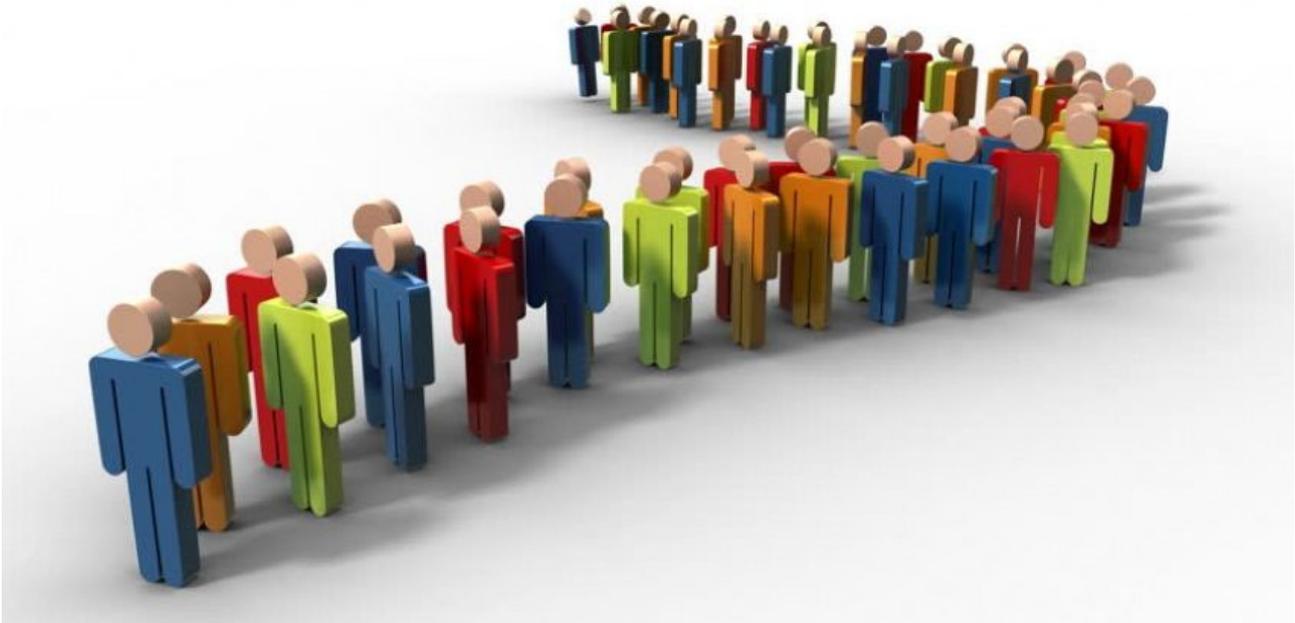
L. Palombi, "Le premesse demografiche, epidemiologiche, sociali e sanitarie della legge", in (a cura di) V. Paglia, *L'Età Grande: la nuova legge per gli anziani*, Milano 2023.

G. Gaber, *La strada*, in: *Anche per oggi non si vola*, Stagione teatrale 1974/75.

*Responsabile del servizio anziani della Comunità di S. Egidio

4. Imparando dalla pandemia: discontinuità e maggiore equità

- di Emilio Didonè*
- 13 Novembre, 2023



Liste di attesa. Giovanni, un anziano signore di 80 anni si presenta allo sportello di una struttura del Ssn: “Buongiorno, questa è la richiesta del mio medico curante che mi ha prescritto una visita oculistica abbastanza urgente, vedo male e tutto offuscato” – “Il primo posto libero è tra 10 mesi” – “Mi scusi, io non ci vedo e alla mia età non posso aspettare tanto tempo, come posso fare?” – “In alternativa può prenotare una visita privata a pagamento, il primo posto libero è tra tre giorni” – “E per un intervento alla cataratta quanto tempo dovrei aspettare?” – “Meglio chiedere all’oculista ma per un intervento alla cataratta si va dai 12 ai 18 mesi”.

Continuità assistenziale e dimissioni protette. “Buongiorno, voi siete i parenti della signora Maria?” – “Beh dottore, più che parenti noi siamo i vicini di casa da anni della signora Maria, 80 anni, vedova da oltre 20 anni e senza figli”. – “Questo è un problema perché noi oggi dobbiamo dimettere la signora Maria. Abbiamo bisogno del letto per fare posto a un altro malato grave che arriva dal pronto soccorso. E la dobbiamo dimettere, anche se non so come Lei potrà organizzarsi a casa, da sola, con i problemi motori che l’ictus cerebrale le ha causato”.

Due dialoghi immaginari, con persone immaginarie, ma che nella realtà capita spesso di sentire da persone che hanno avuto esperienze simili nella sanità italiana di oggi.

Il fronte delle liste di attesa, in questo Paese, non risparmia nessuna regione, da Nord a Sud. Nelle varie inchieste emergono casi in cui si aspettano 10 mesi per una prima visita dermatologica, quasi un anno e mezzo per una gastroscopia programmabile, dai 12 ai 18 mesi per un intervento alla cataratta. E questi sono solo alcuni esempi di tempi di attesa segnalati dai cittadini, che lamentano anche disfunzioni nei servizi di accesso e prenotazione, spesso determinati dal mancato rispetto dei tempi di priorità, dalle difficoltà a contattare telefonicamente il Cup, dall’impossibilità a prenotare per le liste d’attesa bloccate. In molti casi la conseguenza è la rinuncia a curarsi, e sono sempre di più gli italiani che rinunciano alle cure a causa delle lunghe liste d’attesa. Secondo l’Istat, l’anno scorso oltre 4 milioni di italiani (il 7% della popolazione) ha rinunciato a cure di cui aveva bisogno. E questo riguarda tutte le fasce d’età, senza distinzioni tra Nord e Sud.

Cresce **la spesa privata** a carico dei cittadini che possono pagare, e quelli che non possono non si curano. Nel 2021 la spesa sanitaria privata ha superato la soglia dei 37 miliardi, raggiungendo livelli mai visti prima della pandemia. A questi si devono sommare anche i 4,5 miliardi della sanità integrativa, sempre a carico dei cittadini, fissando così un nuovo dato "storico": il 25% della spesa per la salute è a carico dei cittadini, vale a dire un euro su quattro lo tirano fuori di tasca gli italiani. Mentre la spesa pubblica, dopo essere balzata per i costi legati al Covid al 7,4% del Pil nel 2020 e al 7,2% nel 2021, sta scendendo rapidamente e passerà dal 6,6% al 6,4% del Pil per gli anni 2024-2025.

Intorno ad un intervento chirurgico c'è sempre **una persona con la sua dignità**. Le dimissioni, che dovrebbero essere un momento lieto, il ritorno finalmente a casa dopo un ricovero in ospedale, diventano talvolta fonte di angoscia per l'assistito e/o per i familiari, quando ci sono. A volte, al momento della comunicazione della "bella notizia", il rientro a casa può rattristare e preoccupare quasi più del ricovero. Soprattutto se non si è completamente guariti, e magari sono presenti patologie debilitanti che assumono contorni di cronicità. A una persona anziana, tornare a casa può fare paura, soprattutto quando si vive soli. Il pensiero di solitudine, di fragilità, di non autosufficienza, di non avere più quella sicurezza rappresentata dal personale di reparto, di ospitalità, di risposta immediata ad ogni necessità spaventa, eccome!

E quando la decantata "**appropriatezza**" impone al medico ospedaliero di liberare un letto per acuti, il sistema sanitario, molto spesso, non prende in considerazione né l'età del ricoverato, né il contesto sociale e familiare in cui vive, che magari rendono difficile, se non impossibile, l'immediato rientro al domicilio. Pertanto, la necessità di continuità assistenziale, o di assistenza domiciliare, o di riabilitazione o di altre cure che il caso clinico e sociale richiederebbe, è molto spesso disattesa e il "prendersi cura della persona", che il sistema deve costituzionalmente garantire a tutti i cittadini, è scaricato all'assistito e/o alla famiglia, quando è presente. Ecco che improvvisamente, da un giorno all'altro, ci si trova direttamente o indirettamente coinvolti a fare insieme da badante, volontario, caregiver (chi presta le cure e si prende cura) senza alcuna precisa indicazione. Un vero e proprio "tsunami" per chi se ne fa carico senza la necessaria preparazione. Il prendersi cura di un coniuge, partner, figlio, genitore o altra persona cara non autosufficiente può diventare logorante, pieno di alti e bassi e di imprevisti che possono capitare quando si segue un malato di questo tipo. È un percorso reso ancora più complicato perché inevitabilmente accompagnato da stress fisico, sociale e gravoso anche dal punto di vista economico, e, senza precise indicazioni e adeguati sostegni psicologici, si rischia di "bruciarsi in fretta" anche se pervasi dai migliori propositi e intenzioni.

Un altro evidente "problema", che non aiuta la buona integrazione tra assistenza sanitaria e sociale all'interno del nostro sistema sanitario e sociosanitario di welfare, è spesso anche il **Medico di medicina generale (Mmg)**. Questo "professionista", chiamato anche medico di famiglia, ha, purtroppo, perso nel tempo il suo ruolo fondamentale di "punto di riferimento" dell'assistito, sia dal punto di vista professionale e che sociale. Sempre più declassato è ormai percepito come semplice "burocrate e compilatore di ricette". Nel sistema sanitario è stata fatta passare la logica di rivolgersi direttamente al medico specialista, che, di fatto, ha esautorato il Mmg da quel ruolo di "referente" per i bisogni sanitari dell'assistito. Dal mio osservatorio privilegiato assisto al "mercato" dei clienti che continuano a girare medici specialisti, da Sud a Nord del Paese. Ognuno di questi medici specialisti vede e analizza il problema dell'assistito con una logica ovviamente ristretta al settore di competenza. Quindi, si è persa nel tempo quella funzione del Mmg di aiutare l'assistito a distinguere, a comprendere la sua situazione clinica per poter avere una visione generale del suo stato di salute.

Al riguardo, in Italia mancano 2.900 medici di base e nei prossimi due anni ne perderemo altri 3.400. Questo significa che due medici su cinque superano ampiamente il numero ottimale di pazienti che dovrebbero seguire, ossia 1.000. Le ultime proiezioni ipotizzano che nei prossimi dieci anni andranno in pensione 20.000 medici di medicina generale. È probabile una riduzione anche per i Pediatri di Libera Scelta (PLS); già oggi ne mancano almeno 840, e ognuno di quelli in servizio deve seguire almeno 100 bambini in più oltre la soglia massimale fissata per legge di 800 piccoli.

I cambiamenti sociali, economici e soprattutto demografici, stanno modificando gli scenari assistenziali nel nostro Paese. Ci troviamo davanti ad una società sempre più anziana e la risposta ai suoi bisogni non può essere solo l'ospedale. Occorre potenziare il territorio con un nuovo modello di medicina territoriale, per cui servono nuove forme di accreditamento anche

per strutture convenzionate, in grado di garantire un'assistenza di qualità ai pazienti più fragili e alle loro famiglie. Ma servono anche modelli meno burocratici e più orientati alla soluzione dei problemi più urgenti. La curva demografica disegna una piramide rovesciata, con oltre 15 milioni di anziani over 65, di cui la metà sono over 75. La maggioranza di loro vive sola o in compagnia di un altro anziano, entrambi affetti da qualche patologia cronica a carattere progressivo, che non si risolve con la semplice assunzione di farmaci, per quanto mirati. Hanno bisogno di un'assistenza sociosanitaria, e l'accento va posto proprio sull'aspetto sociale.

Negli ultimi 20 anni in Italia si sono chiusi ospedali senza affiancare interventi territoriali e residenziali, si sono tagliati migliaia di posti letto, si sono ridotti il numero di medici e infermieri, facendo finta di non vedere l'aumento della domanda di cure, conseguenza inevitabile dell'invecchiamento della popolazione.

L'assistenza sul territorio e le cure domiciliari per prendere in carico le persone con cronicità fanno parte di un sistema ancora tutto da comporre, che presenta grandi disomogeneità nel Paese. E in questo contesto, il pronto soccorso dell'ospedale (preso d'assalto) è, ancora, oggi, il principale punto di riferimento in materia di assistenza sanitaria.

E nonostante le scelte "inopportune" della nostra politica, la sanità italiana, grazie alla professionalità e al senso di responsabilità dei suoi operatori in prima linea, **è ancora oggi una delle migliori sanità del mondo**. Sia per l'ottima posizione di cui ancora gode il nostro Paese in termini di mortalità, tra le più basse in Europa; sia per la speranza di vita alla nascita; sia per un livello di spesa sanitaria, pro capite, nettamente inferiore rispetto ai maggiori Paesi, non solo europei, con dati comparabili ai nostri.

In questo contesto di "malcontento" che si è diffuso dentro le strutture sanitarie e nel Paese, da dove ricominciare?

È vero che per la sanità c'è bisogno di più risorse economiche, ma quelle da sole non risolvono tutti i problemi. **Non è solo un problema di soldi ma anche di come si spendono**. Bisogna imparare a spendere meglio prima ancora che spendere di più. *In primis* occorre valorizzare i nostri medici, i nostri infermieri, evitando che emigrino all'estero in cerca di riconoscimento di ruolo, prima ancora che di aumenti di stipendio.

Più soldi sicuramente da destinare alle politiche socio sanitarie ma al tempo stesso servono più visioni e strategie a lungo termine. **Discontinuità con il passato**, quindi fare l'opposto rispetto alla strada intrapresa negli ultimi 20 anni dai diversi governi, che hanno favorito l'indebolimento del Ssn pubblico con logiche e meccanismi che hanno introdotto un disegno di lenta privatizzazione del sistema sanitario italiano. Serve una programmazione, una visione strategica che superi il limite dell'emergenza "qui e subito" e che sappia, con coraggio, prevedere un sistema sanitario e sociale a medio e lungo termine.

La sanità deve passare da "spesa" a "investimento" per il futuro del Paese. Quindi si richiede discontinuità, e bisogna avere il coraggio di sostituire la parola "spesa sanitaria e sociale" con "investimento sanitario e sociale", per incoraggiare un approccio più sereno dal punto di vista finanziario, dove è ovvio che le risorse non sono illimitate ma senza "strapparsi le vesti", ogniqualvolta in termini di bilancio, si teme per la sostenibilità del sistema Paese. E questa discontinuità chiama in causa la responsabilità di tutti i soggetti coinvolti: *in primis* Regioni, Stato, Enti locali e tutti gli addetti ai lavori.

Per alcuni aspetti la pandemia ha dato importanti indicazioni ai cittadini, agli addetti ai lavori, alla politica, alle Istituzioni. Innanzitutto, la drammatica esperienza ci ha fatto prendere, o meglio riprendere, coscienza di una evidenza indiscutibile: la salute del singolo, quella di ognuno di noi, non può essere più pensata come una faccenda puramente privata, o al massimo familiare. Oggi l'epidemia ci ha reso consapevoli che **la salute ha tutte le caratteristiche per essere considerata un bene comune globale**. Lo ha detto anche Papa Francesco qualche tempo fa: "nessuno si salva da solo".

Occorre costringere la politica a scendere allo scoperto. A dire con chiarezza quale modello di Ssn pubblico e universalistico propone per il prossimo futuro, quali competenze deve avere il pubblico e quale ruolo deve avere il privato, quale sarà il preciso ruolo dello Stato, delle Regioni e dei Comuni.

Occorre costringere la politica a dichiarare guerra all'evasione fiscale, al malaffare, alla corruzione con provvedimenti concreti, perché solo con il contributo della fiscalità generale si possono trovare risorse adeguate per finanziare un sistema sanitario e di welfare realmente pubblico, equo e universalistico. Il modello di un servizio sanitario pubblico così concepito, è una conquista sociale e di civiltà irrinunciabile per tutti i cittadini che, come sancito dalla nostra

Costituzione, hanno pari dignità e sono eguali davanti al Ssn, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

Bisogna convincere i cittadini che la tutela della salute è uno dei cardini della sicurezza globale di ogni Paese e del mondo. Quest'idea dovrebbe diventare "voce" di ogni cittadino e il servizio sanitario deve tornare al centro del dibattito pubblico. Se questo non accadrà, per quanto il nuovo Ministro si sforzi, la sanità rimarrà ai margini del confronto politico. Tutti a parole sono a favore della sanità pubblica ma pochi sono disponibili poi a rischiare in proprio per il bene comune.

I principi fondanti del nostro Ssn, universalità, uguaglianza, equità delle cure vengono ogni giorno disattesi senza che si prenda consapevolezza dei danni che si stanno creando, con le differenze tra chi può pagare le cure e chi no, tra chi risiede a Bolzano e chi a Reggio Calabria.

Da tempo la Fnp Cisl pensionati, insieme alla Cisl, ha proposto in modo chiaro un "tavolo di confronto" tra Governo, sindacati, istituzioni e rappresentanze sociali per promuovere la salvaguardia del Ssn pubblico, anche se non tutti i soggetti hanno la stessa visione di salute pubblica. In questa azione comune di salvaguardia del Ssn è necessario coinvolgere anche i cittadini, forse ancora poco consapevoli di quanto stanno perdendo ma, allo stesso tempo, arrabbiati con gli operatori sanitari, convinti che siano i medici e gli infermieri a negare loro le cure nei tempi e nei modi necessari.

Il Ssn è un pilastro della nostra società che sta scricchiolando, per questo va difeso e preservato. Qui o ci salviamo tutti o non si salva nessuno perché tutti, prima o poi, avremo bisogno di usufruire del nostro Ssn pubblico che finora ha davvero garantito a tutti, ricchi e poveri, un uguale ed equo accesso alle cure.

Non lasciamoci portare via questo bene prezioso che è patrimonio di tutti e da tutti deve essere salvato. Nel frattempo, in attesa di risposte concrete e coerenti da questo Governo, lancio uno slogan: "Salviamo il nostro Ssn pubblico e universalistico per le future generazioni", consapevole che in mezzo a tante difficoltà nascono anche importanti opportunità.

*Segretario generale Fnp Cisl pensionati

5. Un nuovo rinascimento per la Sanità Italiana

- di Maurizio Petriccioli*
- 13 Novembre, 2023



Quando si parla di Sanità nel nostro Paese ci si riferisce, Carta Costituzionale alla mano, a quell'insieme di servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art.32 della Costituzione.

Da quando i padri costituenti, nel 1947, decisero di mettere nero su bianco che il diritto alla Salute fosse un diritto dell'*individuo*, prima ancora che del *cittadino* – utilizzando una formulazione elegantissima – tanta acqua è passata sotto i ponti.

Oggi la risposta sanitaria pubblica, in Italia, è affidata ad una rete di Aziende ed Istituti. In passato rispondevano ad un sistema nazionale, come previsto dalla Legge 833/1978. Successivamente sono state trasformate in aziende sanitarie locali, con maggiore autonomia e coordinate dalle Regioni italiane, a seguito della riforma introdotta dal DL 30 dicembre 1992, n. 502.

In parallelo a questa rete di strutture pubbliche, si è poi sviluppato un settore privato, sia profit che no-profit, divenuto col tempo sempre più preponderante: in molte Regioni d'Italia il privato-accreditato e il privato puro hanno smesso di lavorare secondo il principio di complementarità e siamo giunti ad una vera e propria sostituzione del sistema pubblico nel campo dei servizi sanitari e dell'assistenza socio-sanitaria, socio-assistenziale e sociale.

Siamo dinanzi ad un punto di non ritorno, oltre il quale il SSN rischia di morire d'inedia, preda delle sue stesse contraddizioni, generate in larga parte dalle scelte di politica economica assunte negli ultimi anni dai decisori pubblici – sia essi politici o tecnici –, orientati a vedere la Sanità più come un costo puro che come un investimento ad alto rendimento, finalizzato a tenere la cittadinanza in salute, non solo per migliorare la qualità della vita delle persone, ma anche per ridurre l'incidenza sul bilancio pubblico della gestione di cronicità e multi cronicità.

Come è evidente, quello sanitario è un sistema complesso il cui cambiamento richiede una dose generosa di coraggio, fiducia e responsabilità per cogliere il senso profondo delle sfide vinte e delle occasioni perdute durante e dopo la crisi sanitaria da Covid-19 che ha rappresentato uno spartiacque.

Io ritengo che la nostra Sanità richieda un vero e proprio rinascimento, ispirato ai principi e ai valori che hanno portato all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Per riuscire in questo processo serve però la lungimiranza di mettere intorno ad un tavolo governo e parti sociali per elaborare, congiuntamente, un grande piano industriale per la sanità pubblica del nostro Paese: occorre pianificare chi sono le lavoratrici, i lavoratori e i professionisti del futuro e quali competenze dovranno avere per erogare i servizi sanitari perimetrati nell'alveo del sistema pubblico. È necessario concertare una soluzione di questo tipo affinché, in un contesto di ristrettezze economiche e di risorse pubbliche insufficienti, si evitino ulteriori sprechi che impedirebbero di addivenire al cambiamento di cui necessita il Paese.

La crisi che abbiamo vissuto con la pandemia, le criticità che sono emerse successivamente, non si sono manifestate a causa di una disgrazia che ha colpito il sistema paese; il morbo non ci colse "nella città felice", come scriveva Albert Camus nel 1947. La crisi pandemica, infatti, è arrivata a valle di una serie di scelte drammaticamente sbagliate che hanno pregiudicato l'efficacia del sistema sanitario: disomogeneità dei servizi sul territorio; diffusione di un modello ospedalocentrico desueto; sottostima dell'importanza dell'assistenza sanitaria territoriale e dell'integrazione tra ospedale, assistenza territoriale e assistenza sociale. Infine, oltre al problema del modello organizzativo, negli ultimi trent'anni la politica dei tagli lineari su personale, formazione, beni e servizi, investimenti e riduzione dei posti letto e la chiusura dei centri di cura, ha retrocesso l'Italia su livelli di spesa, soprattutto per pazienti acuti, sotto Paesi come la Serbia, la Slovacchia, la Slovenia, la Bulgaria e la Grecia, un processo di definanziamento complessivo che è stato solo blandamente invertito durante le fase più acute dell'emergenza.

Queste non sono solo considerazioni tecniche. I definanziamenti hanno impattato direttamente sulle vite delle donne e degli uomini che rappresentiamo: oltre il 70% degli infermieri, infatti, ha affrontato in questi anni i problemi del sonno e oltre il 60% ha avuto forme di stress da esperienze traumatiche. Molti non ce l'hanno fatta: tra gli infermieri circa 2.500 si sono dimessi dal proprio impiego e secondo un'indagine condotta dall'Università Statale di Milano su 650 sanitari, 4 su 10 hanno manifestato disagi psichici.

Il rilancio del Sistema Sanitario Nazionale, oggi, passa soprattutto dalle cospicue risorse che l'Unione Europea ha assegnato all'Italia per lo sviluppo delle Case di Comunità, l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali, il potenziamento delle cure domiciliari e della telemedicina e lo sviluppo degli Ospedali di Comunità a gestione prevalentemente infermieristica. Crediamo in questo percorso di ristrutturazione del modello, ma crediamo che debba avvenire in parallelo ad una chiara definizione dei percorsi di valorizzazione e crescita professionale degli oltre 540.000 tra professionisti sanitari, lavoratrici e lavoratori del comparto, riscrivendo le regole dell'ordinamento professionale e adeguando il sistema indennitario, procedendo ad una definizione dei nuovi profili utili agli Enti e Aziende del SSN.

La Funzione Pubblica della CISL, in ogni contesto, ha infatti ribadito i rischi di costruire strutture e di ridisegnare una rete infrastrutturale di servizi al cittadino, senza definire preventivamente chi vi dovrà operare, consapevoli che le risorse europee non sono utilizzabili per le spese sul personale, un problema che dovrebbe indurci a riflettere senza preclusioni politico-ideologiche sull'opportunità di richiedere i 37 miliardi circa del cosiddetto "Mes Sanitario".

Abbiamo bisogno di avviare una stagione di assunzioni di nuovo personale e di un percorso di piena valorizzazione di lavoratrici, lavoratori e professionisti che operano già da anni nella Sanità Pubblica e che chiedono a gran voce un adeguamento di salari e indennità per avvicinarsi alle medie retributive dei colleghi europei.

È una grande sfida che incrocia, tra l'altro, la necessità di intervenire per ridiscutere del tema della formazione continua e per migliorare le dotazioni strumentali e tecnologiche, cogliendo le opportunità che le innovazioni del presente stanno lanciando anche al mondo dell'assistenza sanitaria.

Il mondo cambia, giorno per giorno, davanti ai nostri occhi: una piattaforma di Intelligenza Artificiale è in grado di eseguire un audit clinico in 5,8 secondi, in confronto ai 10 giorni necessari ad un essere umano per giungere al medesimo risultato. Sono i numeri forniti dalla Task Force del G20 sull'economia digitale e, visti i recenti sviluppi dell'informatica, rischiamo di vedere ulteriormente ampliato questo divario. Sono temi che non possono riguardare solo le aziende ad alto fattore tecnologico e non può essere un dibattito chiuso al mondo degli addetti ai lavori. Riguarda anche il futuro dell'azione di tutela delle organizzazioni sindacali e, più in generale, dei corpi intermedi. Per quanto mi riguarda, ritengo che la tecnologia non confligga né metta a rischio le attività umane. Certo, ogni cambiamento va sempre governato con gli strumenti di cui dispone la politica, ma quando si discute di transizione digitale nei nostri sistemi economici, si può guardare il bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto, a seconda dei punti di vista, ma la sostanza del problema per noi non cambia: come organizzazione sindacale abbiamo il dovere di vivere questo tempo di grande cambiamento, cogliendone tutte le opportunità.

In uno scenario sanitario in cui la penuria di risorse economiche mette a rischio non solo la puntualità dell'assistenza ma anche la qualità del servizio, la tecnologia può affiancare e aiutare l'uomo, mettendolo al riparo dai rischi di burn-out professionale e dallo stress lavoro correlato, per orientare l'attività umana sulla prossimità e sui processi di presa in carico dei bisogni, anche emotivi, dei pazienti in cura.

Le sfide che abbiamo dinanzi a noi sono molte e tutti i soggetti di rappresentanza sono chiamati ad assumere, ognuno per la propria parte di responsabilità, l'onere di dare un futuro al nostro sistema sanitario. Lo dovremmo fare, per dirla con le parole dello scrittore britannico Jonathan Coe, per ritrovarci in futuro a non dover mai utilizzare le parole più dolorose di cui dispone il nostro linguaggio: avremmo voluto, avremmo dovuto, avremmo potuto.

*Segretario Generale Funzione Pubblica CISL

6. È il momento di definire una giusta via per la sanità integrativa

- di Cesare Damiano*
- 13 Novembre, 2023



Nel corso degli anni, sotto i nostri occhi, è cresciuto un welfare secondario che ha abbracciato un grande arco di temi. Dalla previdenza integrativa alla sanità integrativa; dai fondi paritetici interprofessionali agli enti bilaterali, ai provider fornitori di servizi di welfare aziendale.

Si tratta di centinaia di Fondi che interessano circa 15 milioni di lavoratori (contando le persone coinvolte, circa il doppio se si considera che molti lavoratori fruiscono contemporaneamente dei benefici di più Fondi) e che hanno ormai totalizzato una raccolta di risorse di alcune centinaia di miliardi di euro.

Per quanto riguarda la sanità integrativa, secondo un censimento del 2018 del Ministero della Salute, i numeri sono questi: 332 Fondi sanitari che riguardano 10,5 milioni di lavoratori iscritti, con prestazioni già erogate del valore di 2,5 miliardi di euro. A mio avviso, se la strada è quella di evitare nel modo più rigoroso una sovrapposizione con le prestazioni della Sanità pubblica agendo in modo genuinamente complementare, tutta questo comparto va sostenuto e regolamentato.

Come si fece nel 1993 con la legge 124 che disciplinò la costituzione dei Fondi di previdenza complementare: i primi due a nascere furono Fonchim e Cometa, rispettivamente dei lavoratori chimici e metalmeccanici. Anche per la sanità complementare va prevista, dunque, una legge di regolamentazione per superare l'attuale giungla. Occorre uscire da una sterile contrapposizione tra sanità pubblica e privata: se si tracciano precisi confini per quanto riguarda i servizi da erogare ai cittadini, non si corrono rischi di invasione di campo.

La Sanità pubblica, come si è visto nel corso di questa pandemia, deve rimanere il pilastro fondamentale. Come abbiamo accennato, non mancano elementi di critica nei confronti dei Fondi di Sanità Complementare, relativi al rischio di ridimensionamento del Welfare pubblico. Così come, non va sottovalutato un altro aspetto: gli sgravi contributivi e fiscali che favoriscono la contrattazione sindacale sono, da un lato, un fattore di irrobustimento della coesione sociale e, dall'altro, una accentuazione delle diseguaglianze di trattamento tra chi è contrattualmente forte e stabile nel lavoro e chi è imprigionato, suo malgrado, nel recinto del lavoro fragile e discontinuo.

Partire anche dall'esame di limiti e contraddizioni può rappresentare un utile stimolo per affrontare, senza pregiudizi, un tema di grande attualità e importanza. Sappiamo anche che, il progressivo venir meno della distinzione tra lavoro dipendente e autonomo, impone una ricerca a vasto raggio sul futuro dei diritti del lavoro: quel "pavimento" di diritti universali che debbono necessariamente comprendere la tutela della salute.

* Presidente dell'Associazione Lavoro&Welfare

In Italia nel 2022 si è accentuato il calo della popolazione, già in costante contrazione dal 2014. Al 31 dicembre 2022, in Italia, la popolazione residente è pari a 58.850.717 unità in diminuzione di 179.416 unità, ovvero del -0,3%, rispetto allo stesso periodo del 2021. Come osserva Istat, il 2022 è stato contraddistinto, in Italia, dal nuovo record negativo del numero di nascite: 393 mila. A conferma del quadro delineato, il tasso di natalità (ovvero, il numero di nati ogni 1.000 abitanti) in Italia nel 2022 è di 6,7 nascite, un dato in progressiva diminuzione negli ultimi dieci anni: dal 2012 (anno in cui si registrava un tasso di natalità pari a 9,0) al 2022, in Italia si è registrata una diminuzione di 2,3 nascite ogni 1.000 abitanti. La situazione italiana è ancora più evidente se contestualizzata nel più ampio contesto europeo: infatti l'Italia registra nel 2022, relativamente al tasso di natalità, il dato più basso nel contesto dell'Unione Europea.

Welfare Italia Index 2023: confermata la differenza tra Nord, Centro e Sud

Il Think Tank "Welfare, Italia" ha messo a punto un indicatore sintetico che valuta aspetti legati sia alla spesa in welfare sia ai risultati che questa spesa produce. Nel Welfare Italia Index 2023, l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Bolzano (83,3 punti), seguita dalla P.A. di Trento (81,4 punti) e dall'Emilia Romagna (76,3 punti). Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (61,4 punti), la Campania (60,4 punti) e la Calabria (56,7 punti). L'edizione 2023, rispetto ai dati 2022, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane: il divario tra la prima e l'ultima Regione è infatti ancora pari a 26,6 punti.

Le 4 priorità di azione suggerite per il sistema di welfare italiano

In considerazione delle note dinamiche demografiche, inflattive e salariali riguardanti l'Italia, il Think Tank "Welfare, Italia" ha individuato 4 ambiti d'azione su cui il Paese dovrebbe agire per sostenere l'evoluzione del sistema di welfare nell'ottica di un nuovo patto generazionale. Ecco:

- definire un disegno organico per invertire il trend demografico attraverso indirizzi che allineino l'Italia alle best practice europee;
- sostenere il ruolo del sistema sanitario nazionale aumentando gli investimenti;
- valorizzare appieno la componente integrativa, aumentare gli strumenti e la flessibilità del sistema previdenziale integrativo;
- lanciare un piano per lo sviluppo delle competenze e potenziare il ruolo dei centri per l'impiego.

*Pubblicato in: Economia e Imprese: Istruzione, Previdenza, Sanità, Welfare

**Milanese, laureata, giornalista professionista dal 1986. Dopo aver collaborato con giornali e riviste per argomenti vari, ha iniziato il praticantato alla Lettera Finanziaria dell'Espresso con Giuseppe Turani. Nel 1987 è passata a Milano Finanza partecipando alla sua nascita e sviluppo. Nel 1991 si è spostata a Reuters Italia dove è rimasta fino al 2014 con la carica di vice caposervizio al Treasury desk. Specifiche competenze: finanziamenti internazionali, conti pubblici sovrani e locali, rapporti con le principali istituzioni (Bce, Bankitalia, Tesoro), macroeconomia, scenari internazionali, economia reale, società, banche, assicurazioni.