



## *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro*

### L'ASSEMBLEA

(seduta del 28 aprile 2021)

VISTO l'art. 99 della Costituzione;

VISTA la legge speciale 30 dicembre 1986, n. 936, recante *"Norme sul Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro"* e successive modifiche e integrazioni;

VISTO in particolare l'art. 10, della citata legge che alla lettera f) dispone che il CNEL *"contribuisce all'elaborazione della legislazione che comporta indirizzi di politica economica e sociale esprimendo pareri e compiendo studi e indagini su richiesta delle Camere o del Governo o delle regioni o delle province autonome"* e *"può formulare osservazioni e proposte di propria iniziativa sulle materie indicate dalla legge, previa presa in considerazione da parte dell'assemblea con le stesse modalità previste per la propria iniziativa legislativa"* ed alla lettera h) dispone che il CNEL *"compie studi e indagini di propria iniziativa, sulle materie di cui ai punti precedenti"*

VISTO l'art. 12 della medesima legge che regola la trasmissione delle pronunce del CNEL al Governo, alle Camere, alle Regioni e Province autonome ed alle istituzioni europee;

VISTO il regolamento della Camera dei deputati, in particolare gli articoli 146 e 147, che regolano tempi e modi di esercizio della facoltà dell'Assemblea e delle Commissioni di acquisire, rispettivamente, pareri ovvero studi ed indagini del CNEL sull'oggetto della discussione;

VISTO il Regolamento degli organi, dell'organizzazione e delle procedure, approvato dall'Assemblea del Cnel il 17/07/2019 e s.m.i.;

VISTO l'Ordine del giorno n. 389/C19, approvato dall'Assemblea su proposta del Segretario generale, nella seduta 8 aprile 2020, concernente

*“Studio e monitoraggio dei diversi settori produttivi con un approccio di stress test per la rilevazione di organiche ipotesi di intervento”* con cui il CNEL si impegna a potenziare le attività di indagine del CNEL nei settori produttivi incisi dagli effetti economici della dell'emergenza sanitaria in atto e ad intraprendere specifiche iniziative autonome di supporto all'attività del Parlamento e del Governo;

VISTA la determinazione del Presidente del CNEL 6 maggio 2020, n. 735, e s.m.i., di costituzione, nell'ambito delle Commissioni Istruttorie congiunte, di gruppi di lavoro per la raccolta di dati e valutazioni da parte dei rappresentanti ed esperti delle le forze sociali presenti nel CNEL, e per la formulazione di osservazioni e proposte da destinare al Governo ed al Parlamento, quale contributo istituzionale del Consiglio, per ciascuno dei settori individuati nel precitato Ordine del giorno 8 aprile 2020;

VISTI gli esiti delle attività istruttorie condotte dal gruppo di lavoro *“Pubblici servizi e tutela della salute”* coordinato dai Consiglieri Alessandro Geria e Antonio Foccillo nelle sedute 14 maggio, 29 luglio, 4 settembre, 10 settembre e 10 dicembre 2020;

VISTO il documento di Osservazioni e proposte del Cnel al Parlamento e al Governo n. 402 (Osservazioni alla NADEF 2020 con allegati i primi esiti dell'esercizio di stress test Turismo, Logistica, Agricoltura, Formazione e Salute);

VISTI i verbali dell'Assemblea del Cnel nelle sedute 17 dicembre 2020 e 27 gennaio 2021;

UDITO l'Ufficio di Presidenza nella seduta 23 aprile 2021;

TENUTO CONTO delle osservazioni emerse nel corso del dibattito assembleare;

SENTITO il Segretario generale, Cons. Paolo PELUFFO,

APPROVA

le unite Osservazioni e Proposte concernenti *“Pubblici Servizi e Tutela della Salute. Un esercizio di Stress Test”*.

Prof. Tiziano TREU

OSSERVAZIONI E PROPOSTE DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E  
DEL LAVORO CONCERNENTI "PUBBLICI SERVIZI E TUTELA DELLA SALUTE"

## 1. GLI OBIETTIVI

Il Gruppo di lavoro, costituitosi presso il CNEL nell'ambito del Progetto "Stress-test Covid-19" sul tema "Pubblici servizi e tutela della salute", ha concentrato la propria attenzione sulla crisi scatenata dalla pandemia da Covid-19 in termini di impatto sulla salute, sui servizi sanitari e sul sistema di welfare del paese. Una crisi che ha colpito la nostra salute e la nostra sanità, ma al tempo stesso tutta la nostra vita a livello globale, tanto da indurre nella società a livello generalizzato un ripensamento rispetto ai riferimenti del nostro modello di sviluppo e di organizzazione sociale.

In questo senso il CNEL, come organo dello Stato preposto a cogliere e rappresentare le istanze delle organizzazioni economiche, sociali e del lavoro del paese, intende dare un contributo volto a segnalare le criticità più importanti e ad indicare gli spunti propositivi più significativi all'interno della situazione di crisi provocata dalla pandemia, elaborando idee, indicazioni utili e soprattutto proposte concrete per una reazione societaria ed istituzionale efficace, che vada nella direzione auspicata da molti della resilienza, della ripresa e dello sviluppo sostenibile.

A questo scopo il Gruppo di lavoro "Pubblici servizi e tutela della salute" si è mosso innanzitutto effettuando una valutazione sintetica, basata sui contributi ad oggi disponibili da parte delle istituzioni e delle rappresentanze dei settori coinvolti, rispetto all'impatto della pandemia sul sistema di welfare e su quello della sanità. Si è quindi proceduto ad esaminare alcune delle principali proposte avanzate fino ad oggi in termini di rilancio e ripresa a seguito della pandemia, ed in particolare le indicazioni programmatiche delineate in sede governativa rispetto alla utilizzazione dei fondi europei del Piano straordinario di investimenti denominato *Next generation EU*. Infine, si è passati alla formulazione di alcune proposte di medio e lungo periodo, che tengono conto del dibattito in corso e degli obiettivi generali volti "non solo a riparare e recuperare l'esistente, ma anche a plasmare un modo migliore di vivere il mondo di domani" (secondo le parole della Presidente UE Van der Leyen).

## 2. LE LACUNE PREGRESSE DEL SISTEMA DI WELFARE E SALUTE IN ITALIA

E' opinione condivisa che i macro-obiettivi, i valori ed i principi di base del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), così come quelli del nostro sistema di welfare, continuino a costituire un patrimonio condiviso ed un riferimento inoppugnabile, anche in vista di un possibile rimodellamento delle strategie future, in particolare per quanto riguarda l'universalismo della tutela della salute e del benessere, l'accesso a cure gratuite per gli indigenti, il governo pubblico del sistema, la partecipazione sociale diffusa ed il perseguimento di livelli qualitativamente adeguati sia per la cura, che per prevenzione e la riabilitazione.

L'area dei servizi per la salute e per la sanità, in particolare, si configura in Italia come una delle aree di maggiore efficienza della Pubblica Amministrazione (PA), per risultati raggiunti, qualità percepita ed efficienza gestionale. Ciò emerge anche nel confronto internazionale, specie per ciò che attiene ai risultati raggiunti in termini di speranza di vita, controllo della maggior parte delle patologie specie acute, ed universalismo del sistema di offerta, pur se con evidenti differenze tra Regione e Regione.

È però noto che negli ultimi 20 anni il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha conosciuto una prolungata stagione di difficoltà, legata sia al cambiamento progressivo dello scenario epidemiologico, sia allo sviluppo ed ai costi della tecnologia sanitaria, sia al sotto-finanziamento del Fondo Sanitario, con conseguente sottodimensionamento degli organici (personale sanitario e socio-sanitario) e grave debolezza degli investimenti strutturali e tecnologici. Come conseguenza dei tre macro problemi indicati (epidemiologia, sviluppo tecnologico e de-finanziamento) il sistema presenta da alcuni anni diverse criticità – tipiche peraltro dei sistemi sanitari dei paesi avanzati –, che riguardano: la crescita dei costi del sistema di offerta ed i relativi problemi di sostenibilità a fronte della crescita quali-quantitativa della domanda, l'aumento degli anziani fragili e disabili; la insoddisfazione in alcune aree e comparti rispetto agli obiettivi della umanizzazione, dell'empowerment e di una corretta informazione e comunicazione tra sistema di offerta e utenti; le inadempienze in merito al principio di equità redistributiva, in particolare per quanto riguarda i tempi e le procedure di accesso ai servizi e la distribuzione dell'offerta sul territorio; le carenze relative all'adozione di stili di vita fondamentali per la salute (alimentazione, consumo di sostanze nocive, attività fisica); l'insufficiente integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali e le lacune della cosiddetta "sanità del territorio", e cioè dei servizi di sanità ambientale, di prevenzione e riabilitazione della continuità assistenziale, della presa in carico globale, della domiciliarità e della *Long Term Care* (LTC).

Il dibattito che si è sviluppato attorno a questi temi nel corso degli ultimi 10 anni ha fatto emergere una crescente consapevolezza rispetto alla convinzione per cui il SSN potrà essere in grado di funzionare al meglio e di rispondere alle esigenze dei cittadini se manterrà viva l'attenzione rispetto al perseguimento degli obiettivi della sua legge istitutiva (Legge 833/1978), non trascurando quindi l'adeguamento necessario delle risorse assegnate, degli organici di personale, degli investimenti strutturali e tecnologici e dell'impegno nella ricerca biomedica e scientifica (non solo universitaria ma anche clinica), e la salvaguardia di un clima organizzativo e gestionale e di modalità di programmazione e attuazione dei compiti statutari dell'SSN adeguato in termini di efficienza ed efficacia.

Negli ultimi anni a queste valutazioni e indicazioni propositive si sono affiancate ulteriori preoccupazioni ed esigenze legate al tema della "salute globale", degli equilibri ecologici e della prevenzione primaria. Tutto il mondo, e l'Italia non fa eccezione, ha preso coscienza del fatto che non si potranno perseguire adeguatamente gli obiettivi di salute e benessere indicati dalla Costituzione e dalla Legge 833 se non si terrà conto: delle relazioni tra salute umana e salute del mondo animale e vegetale (il principio di "*One Health*"); della globalità necessaria nell'affrontare una salute sempre più condizionata dalle interconnessioni a livello mondiale (come risulta evidente da quanto accaduto con la pandemia da Covid-19); dell'importanza dei determinanti sociali ed economici del benessere e della stessa salute, e dunque della necessità di perseguire l'obiettivo del benessere e della salute in tutte le politiche (interdipendenza tra determinanti personali, socioeconomici e ambientali); della necessaria integrazione tra sociale e sanitario e tra diversi soggetti e corpi sociali del sistema della salute e del welfare; della necessità di una governance multilivello rispetto a tutte le istituzioni interessate. In questo quadro si collocano anche i problemi legati ai cambiamenti demografici ed epidemiologici, ed in primis la questione della *Long Term Care*, cioè le cure a lungo termine per i malati cronici e con pluri-patologie, e quindi bisognevoli di risposte e di assistenza al di fuori del regime ospedaliero.

In questo contesto l'impatto della pandemia da Covid 19, esplosa ufficialmente in Italia alla fine del mese di febbraio 2020, è stato dirompente. Secondo i dati dell'OMS al 25 marzo 2021, dall'inizio della pandemia si sono avuti in Italia 3 milioni 376 mila 803 casi di Covid 19 e 104 mila 942 morti. La seconda ondata di epidemia, che ha colpito il paese a partire dal mese di ottobre 2020 e che è ancora in corso, si è rivelata ben più pesante in termini di impatto della prima (quella di inizio 2020). Solo nel periodo 26 ottobre – 8 novembre si è trattato di 390.584 nuovi casi, di cui 11.685 relativi ad operatori sanitari.

L'emergenza Covid ha quindi prodotto una pressione sulle strutture sanitarie, sui carichi di lavoro del personale, sulla tutela delle categorie di utenza più

fragili, sulla continuità assistenziale per i pazienti cronici e disabili, sui programmi di screening, nonché in termini di benessere psicologico e di prevenzione del disagio psico-sociale, molto pesante.

A inizio 2021 l'attenzione globale, nazionale e regionale è concentrata sulla questione dei vaccini nel frattempo prodotti per l'immunizzazione da Covid-19. Secondo l'analisi prodotta da Altems il 18 febbraio 2021, e sulla base di dati OMS, sono presenti 6 diversi vaccini approvati o in fase di valutazione: tra quelli approvati il vaccino Pfizer Biontech (Comirnaty) autorizzato il 20 dicembre 2020 da Aifa, il vaccino Moderna Biotech autorizzato il 7 gennaio 2021, il vaccino AstraZeneca Oxford autorizzato il 30 gennaio 2021; e tra quelli ancora da autorizzare il vaccino Janssen-Cilag, il vaccino Novavax ed il CureVac. Notizie ancora incerte ma molto diffuse circolano sul vaccino russo Sputnik e su quello prodotto a Cuba. Al 10 aprile 2021 risultavano arrivate in totale 15.568.730 dosi di vaccino anti Covid-19 e somministrate 12.509.898 dosi <sup>1</sup> attraverso 2.174 punti vaccinali. Rispetto alla popolazione over 80, hanno ricevuto 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> dose il 38,79%, con variazioni regionali tra il 62,32% della P.A. di Trento ed il 23,14% della Sardegna.

La pandemia ha perciò riaperto la discussione rispetto alla necessità di rivedere gli assetti dei servizi sanitari e sociali, in particolare per quanto riguarda la fase dell'emergenza, sia quella di marzo-aprile che quella della fine del 2020 ed ancora in corso, e sia dal punto di vista della medicina del territorio (sorveglianza, tracciamento, assistenza domiciliare e prevenzione), che rispetto alla necessaria preparazione di fronte ad una emergenza virale (Piano Pandemico nazionale, strutture di terapia intensiva, Pronto Soccorso). Oltre a ciò, è già evidente che non indifferenti sono e saranno gli effetti sul sistema sociale ed economico, che richiederanno non solo un investimento, ma anche il ripensamento di alcuni assetti anche nel settore del sostegno sociale e psicologico a favore delle fasce di popolazione maggiormente colpite.

### **3. LO STRESS TEST DELLA PANDEMIA E LE PRINCIPALI CRITICITÀ'**

Alla luce delle considerazioni di cui sopra, il Gruppo di lavoro ha cercato di mettere a fuoco le principali criticità messe a nudo nel corso della pandemia da Covid-19 ed ha formulato alcune valutazioni di carattere complessivo, da cui far poi discendere le necessarie proposte.

Innanzitutto, la criticità relativa alle strutture sanitarie del paese. Sulla base del riepilogo dell'Istituto Superiore di Sanità al 17 novembre 2020, a quella data, su

---

<sup>1</sup> PCM, Commissario Straordinario Covid-19, Report 10 aprile 2021, grafico 1

più di 1 milione e 200 mila casi di Covid-19, si erano registrati quasi 500 mila dimessi e guariti, 46.654 deceduti, 733.810 casi attivi, ed erano stati effettuati più di 19 milioni di test diagnostici (tamponi sia molecolari che rapidi), il che collocava l'Italia al nono posto al mondo e al quinto in Europa per numero di casi totali e al sesto posto al mondo e al secondo in Europa per numero di decessi.

In termini di mortalità, il Rapporto del Centro Nazionale Prevenzione e Controllo Malattie (CCM) e del Ministero della Salute<sup>2</sup>, aggiornato al 3 novembre 2020, registrava inoltre un netto aumento della mortalità ascrivibile all'arrivo della seconda ondata di epidemia nel mese di ottobre, pari al 22% al Nord ed al 23% al Centro-Sud, con un eccesso rilevante rispetto ai medesimi periodi degli anni precedenti a Torino, Milano, Genova, Roma e Palermo. Il Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità del 2 dicembre 2020<sup>3</sup> registrava 55.824 pazienti deceduti e positivi al Covid-19, mentre l'analisi dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Università Cattolica), pubblicata in chiusura d'anno 2020<sup>4</sup>, registrava per l'Italia alla data del 14 dicembre 65.011 decessi da Covid-19, dei quali il 36,7% avvenuti in Lombardia, l'11,0% in Piemonte e il 10,2% in Emilia-Romagna.

Pur nelle difficoltà di conteggio e valutazione della situazione epidemiologica e sanitaria in un contesto di emergenza ancora in corso, tutte le analisi prodotte dai più importanti istituti di monitoraggio e sorveglianza concordano nel sottolineare il pesante impatto che l'emergenza Covid ha avuto sulle strutture di ricovero per acuti, ed in particolare sui reparti di terapia intensiva e di pneumologia, sulle residenze per anziani e rispetto alla tutela delle categorie di utenza più fragili, sulla continuità assistenziale per i pazienti cronici e disabili, sui programmi di screening, nonché in termini di benessere psicologico e di prevenzione del disagio psico-sociale.

Per quanto riguarda l'impatto dell'epidemia sui servizi sanitari, un primo dato molto importante è quello relativo alla saturazione dei posti letto di terapia intensiva e di quelli ordinari di malattie infettive, medicina generale e pneumologia, che ha costituito un problema molto serio nella prima ondata nelle province più colpite, e soprattutto a Bergamo e Brescia, ed ha raggiunto nella

---

<sup>2</sup> Ministero della Salute, CCM, Andamento della mortalità nelle città italiane in relazione all'epidemia di Covid-19, 1 settembre 3 novembre 2020

<sup>3</sup> ISS, Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a SARS-CoV-2 in Italia, 2 dicembre 2020

<sup>4</sup> Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (Università Cattolica), Analisi in chiusura dell'anno della pandemia, 15 dicembre 2020, [https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/12/FOCUS-COVID\\_dicembre.pdf](https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/12/FOCUS-COVID_dicembre.pdf)

seconda ondata livelli critici innanzitutto nella Provincia di Bolzano, e poi in Piemonte e Val d'Aosta. La questione va ricondotta alla disponibilità di posti letto di terapia intensiva, che era prima della pandemia in Italia inferiore a quella di molti paesi europei e pari a 5.179 letti (ossia circa 86,3 posti letto per milione di abitanti), gravemente insufficienti rispetto alle necessità, come è apparso evidente nelle fasi primaverili della pandemia, quando i soggetti in rianimazione superavano le 7.000 unità. Nel corso della pandemia si è proceduto ad una implementazione dei letti di terapia intensiva attraverso lo strumento dei Piani regionali di riorganizzazione della rete ospedaliera, a seguito dei quali la disponibilità è cresciuta in media del 50%, peraltro in modo variabile tra Regione e Regione. Il tasso di saturazione rispetto alla nuova dotazione si attestava al 18 novembre, secondo l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), su un valore medio del 43,7%, mentre per quelli delle altre aree non critiche si trattava del 51%<sup>5</sup>, valore ben superiore alla soglia di criticità individuata nel 30%. Valori molto elevati di saturazione venivano registrati alla data del 18 novembre 2020 in Valle d'Aosta, Piemonte, Umbria, Bolzano, Lombardia e Trento.

L'aumento del numero dei posti letto realizzato nei mesi tra aprile e settembre 2020, fino a raggiungere per quelli di terapia intensiva il numero di 6.458 al 9 ottobre 2020, secondo quanto comunicato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri<sup>6</sup>, non ha dunque scongiurato del tutto, almeno in alcune zone nell'autunno e di nuovo a inizio 2021, il rischio di incapienza e dunque quello di dover operare in alcuni casi una selezione di priorità. Dichiarazioni del Commissario straordinario dell'inizio di novembre 2020 segnalavano l'ulteriore aumento dei posti letto intensivi, fino a raggiungere il numero totale di circa 10 mila sul territorio nazionale. Analogo incremento si è verificato per quanto riguarda i posti letto di pneumologia e malattie infettive, aumentati, sempre secondo la comunicazione ufficiale del Commissario del 9 ottobre, di 7.670 unità (da 6.525 a 14.195).

Va tuttavia ribadito che l'incremento dei posti letto, da solo, non risolve i problemi posti da una emergenza come quella in corso: infatti un aumento dei posti letto di qualunque tipo (Pronto Soccorso, Rianimazione, Unità di Cura Intensiva Coronarica, pneumologia, malattie infettive, nefrologia, geriatria) non porta a vantaggi clinici se non associato ad un corretto aumento delle dotazioni organiche. Ed è noto che la carenza di organici si associa ad un aumento della possibilità di errori clinici e di infezioni ospedaliere. Solo tardivamente (Decreto

---

<sup>5</sup> Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), Rapporto Covid-19, <https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Findex>.

<sup>6</sup> Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissario straordinario Covid, 9 ottobre 2020.



Calabria e alcuni DPCM specifici) il governo ha affrontato il drammatico tema della carenza di personale, allentando il vincolo di spesa per il personale (ex Legge Monti del 2011), varando misure straordinarie (di scarsa efficacia immediata) per reclutare nuovo personale da dedicare all'assistenza territoriale ed ai reparti ospedalieri di virologia e pneumologia, e prevedendo varie azioni quali il reclutamento di medici ed infermieri anche militari, incentivi ed incarichi di lavoro autonomo e la possibilità di esercitare la professione di medico-chirurgo dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia, previo giudizio di idoneità <sup>7</sup>.

Secondo i dati presentati dalla Corte dei conti sulla manovra finanziaria nella sua audizione del novembre 2020 presso le Commissioni riunite Bilancio di Camera e Senato<sup>8</sup>, il reclutamento di personale a causa Covid-19 ha riguardato 7.650 medici, 16.570 infermieri e 12.115 altri operatori sanitari, per un totale di 36.335 nuovi addetti, ben oltre le previsioni di 20.000 nuove assunzioni enunciate in primavera. Solo in un caso su 4 il contratto stipulato è a tempo indeterminato.

Accanto a ciò gli operatori segnalano l'insufficiente messa a disposizione, soprattutto nel corso della prima ondata, di dispositivi di protezione individuale (DPI) che, nonostante lo sforzo fatto nel frattempo (860 mila mascherine, 38 milioni di guanti, ecc. sempre secondo i dati ufficiali diramati a inizio ottobre 2020 dal Commissario), si sono rivelati ancora insufficienti.

A tale proposito è utile ricordare che per garantire a tutto il personale che opera nei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali adeguati standard di protezione in ordine all'emergenza Covid-19, il 24 marzo 2020 è stato sottoscritto uno specifico protocollo tra le Organizzazioni sindacali Cgil-Cisl-Uil ed il Ministro della Salute con indicazioni relative alla profilassi, al monitoraggio delle misure adottate ed alla necessità di adeguare le dotazioni organiche del Servizio Sanitario attraverso misure straordinarie di assunzione e di stabilizzazione dell'attuale personale precario.

Analoghe difficoltà si sono registrate e continuano a registrarsi per quanto riguarda le strumentazioni sanitarie necessarie sia negli ospedali che sul territorio, ed in particolare i ventilatori polmonari ed i test diagnostici, e sia per ciò che riguarda la loro produzione che per la distribuzione e somministrazione.

---

<sup>7</sup> Camera dei Deputati Servizio studi, Misure per il rafforzamento del personale sanitario nell'emergenza coronavirus, 12 ottobre 2020.

<sup>8</sup> Quotidiano Sanità, Assunzioni Covid a quota 36.335 tra medici, infermieri e altri operatori della sanità, 24 novembre 2020.

Rispetto ai test diagnostici, Altems<sup>9</sup> ha stimato che siano stati effettuati fino a novembre 2020 circa 9 milioni di test a 5,2 milioni di persone, con un costo in media di 59 euro per caso testato, e con variazioni che oscillano dagli 89 euro del Veneto ai 35 di Basilicata e Calabria<sup>10</sup>. A novembre, sempre secondo Altems, il tasso di tamponi effettuati ha raggiunto la quota di 21,14 per mille abitanti.

Disfunzioni e ritardi sono stati segnalati in alcune aree territoriali anche per ciò che attiene la comunicazione degli esiti dei test sia al paziente che al sistema regionale e nazionale di sorveglianza, ivi compresa la Applicazione “Immuni” (l’applicazione ufficiale per smartphone per le notifiche di esposizione al virus sviluppata dal Commissario straordinario e resa disponibile all’inizio dell’estate). A novembre 2020 circa 10 milioni di italiani la avrebbero scaricata sul proprio dispositivo, ma la sua funzionalità è risultata decisamente inadeguata sia per gli aspetti di tipo organizzativo relativi alle segnalazioni che per quelli legati alla scarsa ricezione di segnale in molte zone del paese.

A questa situazione di sovraccarico di lavoro e di sofferenza rispetto alla produzione e messa a disposizione degli strumenti necessari per le terapie ed il monitoraggio della pandemia (DPI, test, ventilatori, ecc.) sarebbe almeno in parte dovuta, secondo gli osservatori accreditati, anche l’incidenza della infezione tra gli operatori sanitari. Dall’inizio dell’epidemia si stima siano stati diagnosticati 53.276 casi tra gli operatori sanitari (con età mediana 47 anni), pari al 5,4% dei casi totali segnalati<sup>11</sup> e 260 decessi di medici.

Per i tamponi, come per tutti gli altri aspetti critici di impatto della pandemia sui servizi sanitari fin qui citati, le differenze tra Regioni e territori nella tempestività ed efficienza sono state e sono ancora molto grandi.

Ulteriore pesante impatto si è registrato e si registra in termini di continuità assistenziale per molte patologie croniche e gravi, come segnalato in svariati casi dalle associazioni dei pazienti e dai medici specialisti. Particolarmente rilevanti sono i ritardi registrati nell’ambito delle patologie oncologiche, ad esempio con la riduzione del 52% delle nuove diagnosi, del 57% delle visite oncologiche e del 64% degli interventi chirurgici nel primo periodo dell’anno 2020<sup>12</sup>. Una recente revisione sistematica, che si proponeva di valutare gli effetti dell’allungamento dei tempi di attesa, ha calcolato che per ogni quattro settimane di tempo

---

<sup>9</sup> L’Alta Scuola di Management Sanitario dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

<sup>10</sup> Stime pubblicate su: [aboutpharma.com/blog/2020/09/04/tamponi-covid-per-il-ssn-finora-300-milioni-di-spesa/](https://aboutpharma.com/blog/2020/09/04/tamponi-covid-per-il-ssn-finora-300-milioni-di-spesa/).

<sup>11</sup> Istat, Rapporto annuale 2020, La situazione del paese, luglio 2020

<sup>12</sup> Stime nell’ambito della Giornata dei malati di tumore (17 maggio 2020), come riportato in Corriere della Salute [https://www.corriere.it/salute/cardiologia/20\\_maggio\\_19/malattie-cuore-tumori-interventi-rinviati-vittime-collaterali-covid-7](https://www.corriere.it/salute/cardiologia/20_maggio_19/malattie-cuore-tumori-interventi-rinviati-vittime-collaterali-covid-7).

intercorso tra la diagnosi e la cura si verifica un aumento della mortalità generale pari al 6-8% per gli interventi chirurgici, 9-23% per la radioterapia e 1-28% per la chemioterapia <sup>13</sup>.

L'Associazione della sclerosi multipla (AISM) ha segnalato il funzionamento ridotto del 91% dei centri per SM, problemi di accesso alle terapie farmacologiche per il 40% dei pazienti e l'interruzione della riabilitazione per il 70%.

Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, la Società Italiana di Cardiologia (SIC), a seguito di uno studio nazionale condotto in 54 ospedali, riferisce che durante il periodo pandemico si è registrata una riduzione dei ricoveri per infarto del miocardio pari al 48,4%. La riduzione ha riguardato soprattutto gli infarti meno gravi (65,4%) rispetto a quelli più gravi (26,5%) per i quali la mortalità è passata dal 4,1 al 13,7%. Si è registrato inoltre un aumento consistente del tempo trascorso tra l'insorgenza dei sintomi e l'intervento di rivascolarizzazione <sup>14</sup>. Dati allarmanti, confermati da altri studi che hanno rilevato anche un eccesso di mortalità del 35% per eventi cardiovascolari acuti avvenuti al proprio domicilio <sup>15</sup>.

Una indagine mondiale pubblicata a dicembre 2020 sulle strategie di management di fronte alla pandemia mette bene in evidenza le enormi difficoltà gestionali che hanno investito la sanità in tutto il mondo. Ed in questo senso l'Italia non fa eccezione, in particolare per quanto riguarda le carenze del personale e quelle delle strutture ospedaliere per le emergenze e la terapia intensiva, come abbiamo detto.

Ma le sfide della pandemia riguardano molti altri aspetti, tra cui di fondamentale importanza gli assetti di controllo epidemiologico e di sanità territoriale. Ad epidemia ancora in corso è evidente, per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici, che la pandemia ha aggiunto ai rischi di quello che nei paesi sviluppati viene chiamato il doppio carico di malattia (*double burden of disease*) – dato dal peso crescente delle patologie croniche degenerative che si sommano alle patologie acute –, un ulteriore carico – triplo o quadruplo (per riprendere quella formula) – dato dal rischio sanitario provocato dalla recrudescenza delle patologie da virus, di cui Covid-19 è l'esempio vivo e attuale, e dalla pressione

---

<sup>13</sup> Hanna TP, King WD, Thibodeau S, et al: *Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis*. BMJ 2020;371:m4087.

<sup>14</sup> Salvatore De Rosa et al: *Reduction of hospitalizations for myocardial infarction in Italy in the COVID-19 era*. European Heart Journal (2020) 0, 1–2088.

<sup>15</sup> Wu J et al: *Place and causes of acute cardiovascular mortality during the COVID-19 pandemic*. Heart doi:10.1136/heartjnl-2020-317912.

che deriva dalla sovrapposizione tra patologie infettive, vecchie e nuove, e patologie croniche.

Per ciò che attiene all'organizzazione sanitaria, come hanno scritto i medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020<sup>16</sup>, la pandemia ha reso evidente, se ancora non lo fosse abbastanza in precedenza, quanto sia importante la dimensione della comunità in sanità, non solo per le patologie croniche e le disabilità, ma anche di fronte ad una crisi pandemica di tipo infettivo, che è – secondo le loro stesse parole – una crisi umanitaria, che tocca tutta la popolazione e richiede un approccio comunitario di popolazione e di territorio. Per spiegare questo aspetto, i medici del Papa Giovanni sostengono che a loro avviso la strategia sanitaria centrata sul paziente, sulla base della quale si è lavorato prevalentemente fino ad oggi, deve essere affiancata da un altrettanto decisa strategia centrata sulla comunità e sul territorio. Intendendo per comunità e per territorio una sanità pubblica che comprenda la prevenzione estesa anche e soprattutto ad ambiti non sanitari e la stretta collaborazione tra settore sociale e settore sanitario. Il che significa medicina di iniziativa, monitoraggio a tappeto delle condizioni di salute sul territorio, integrazione tra sociale e sanitario, non solo e non tanto per produrre informazioni e raccomandazioni di carattere generale, quanto soprattutto per produrre azioni ed interventi concreti che facciano fronte alle criticità che non possono e non devono trovare risposta a livello ospedaliero. Anche l'accesso alle cure specialistiche e intensive dell'ospedale dovrebbe trovare aggancio, in questa visione, con le funzioni di controllo e di assistenza diffusa sul territorio.

Alle lacune della medicina territoriale si è cercato di far fronte con la introduzione delle cosiddette Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) come da Decreto-legge nr. 14/20 del 9 marzo 2020, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, integrate anche con assistenti sociali. Secondo i dati presentati dalla Corte dei Conti nella Audizione già citata (vedi nota 7) le USCA attivate a metà novembre 2020 a livello nazionale erano meno del 50% di quelle previste.

Per quello che riguarda l'adesione di medici di famiglia (MMG) e pediatri (PLS) all'effettuazione dei test rapidi antigenici, una indagine Quotidiano Sanità riporta una adesione media a livello nazionale del 38%, con notevoli differenze interregionali e con Regioni, come la Valle d'Aosta, la P.A. di Trento e la Liguria sopra il 90%, Regioni come Umbria ed Emilia Romagna con numeri intorno al 70%, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto con il 50%, il Lazio, il Piemonte e

---

<sup>16</sup> Nacoti M. ed altri (2020), *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, in: *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>

Campania intorno del 35-40%, la Lombardia sul 25%, e la Toscana, le Marche e la Sicilia tra il 10 e il 15%.

Molti sono e sono stati i documenti e le prese di posizione di autorevole fonte su questo aspetto e sulla necessità di rivedere gli assetti dei servizi dal punto di vista della medicina del territorio, della prevenzione e della presa in carico a domicilio, anche prima che la pandemia scoppiasse.

#### **4. UNA VALUTAZIONE DI SINTESI**

Alcune considerazioni generali emerse nel corso delle consultazioni condotte dal Gruppo di lavoro in merito all'impatto della pandemia su salute e welfare, possono essere riassunte come segue.

- a) È innanzitutto evidente che molti dei problemi che si sono riscontrati nel periodo della pandemia dipendono da questioni precedenti irrisolte. Nell'analisi dei problemi emergenti durante la pandemia è dunque indispensabile risalire alle cause delle disfunzioni, oltre che preoccuparsi delle terapie.
- b) Durante l'epidemia è emersa l'importanza di una adeguata dotazione organica del personale e della formazione, in particolare per quanto riguarda la preparazione degli operatori sanitari, e specialmente di fronte alle emergenze di natura epidemica.
- c) Si è reso evidente, inoltre, che la scienza medica e la clinica hanno raggiunto un tale livello di sviluppo e complessità tanto da richiedere soluzioni ed interventi complessi che non possono essere gestiti da un solo operatore né da una sola branca della medicina. È il tema della iper-specializzazione e della necessità di creare reti cliniche interdisciplinari secondo una visione olistica.
- d) Nella gestione della pandemia si è confermata una grave difficoltà gestionale nel lavorare in forma collaborativa tra istituzioni centrali (Ministero, ISS) ed autonomie regionali, frutto delle difficoltà create a seguito della modifica del titolo 5° della Costituzione (interventuta nel 2001) e alla poca chiarezza sulla "catena di comando".
- e) È stata evidente la debole connessione tra governo della salute collettiva e gestione della salute individuale, strettamente legato all'accentramento delle funzioni di cura sulle strutture ospedaliere ed alla scarsa capacità di cura e assistenza integrata territoriale.
- f) Non ultimo, è riemerso il problema legato al ruolo dei MMG e Pediatri di libera scelta ed alla peculiarità del loro rapporto con il SSN, definito da una convenzione nazionale le cui regole e remunerazione non favoriscono la piena integrazione nel sistema dei servizi ed il lavoro multidisciplinare.

In generale l'occasione della pandemia ci invita a interrogarci su come vada impostato un sistema sanitario efficiente, efficace e resiliente rispetto alle emergenze vecchie e nuove, mantenendo invariati i valori di riferimento della Legge 833. L'isteresi organizzativa ed istituzionale è sempre una realtà frenante, ma un ripensamento dell'assetto sanitario appare oggi più possibile da realizzare alla luce di quanto avvenuto. Si auspica in sostanza che il dramma epidemico 2020-2021 aiuti a trovare il necessario coraggio riformatorio.

Peraltro si deve tener presente che un eventuale semplice rigido adeguamento del sistema sanitario alle necessità specifiche di una epidemia come quella da Covid-19 potrebbe risultare addirittura per alcuni aspetti eccessiva in situazioni di normalità o anche inutile ed ingombrante in caso di emergenze con caratteristiche diverse dalle necessità attuali. Per tali ragioni il sistema sanitario dovrà essere capace di un livello opportuno di flessibilità sia nelle strutture che nel personale, nell'organizzazione e nelle risorse.

## **5. LA DIMENSIONE SOCIOASSISTENZIALE DELLA CRISI**

La crisi legata alla diffusione del Virus Covid-19 ha mostrato i grandi limiti causati dalle politiche di *austerità* e *new public management* applicate alla dimensione socioassistenziale della sanità e del sociale.

In particolare, sono risultati evidenti nel SSN i seguenti elementi di criticità:

- Governance frammentata e inadeguatezza delle risorse (specie nel sistema dei servizi)
- Divario territoriale interregionale, ma anche intra regionale (aree interne e grandi centri)
- Mancata definizione di politiche organiche nazionali in materia di servizi sociali e assistenziali con perdurante carenza di individuazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni
- Preminenza dell'intervento sanitario ospedaliero o ambulatoriale rispetto alla rete territoriale ed alla prevenzione.

Da cui è risultato evidente come si assista ad una oggettiva difficoltà di intervenire in tempo di pandemia non solo in termini di assistenza medico/sanitaria territoriale, ma anche di supporto sociale e assistenziale per chi ha fragilità o disagi (anziani soli, poveri, senza dimora) o ulteriori difficoltà di salute o problematicità pregresse (si pensi a titolo esemplificativo a salute mentale, disabilità di vario tipo, non autosufficienza e dipendenze).

Le difficoltà e l'impreparazione – in alcuni territori – sono state così forti che si è ritenuto necessario intervenire in sede legislativa con un apposito comma all'art.

89 del decreto “Rilancio”, per richiamare le Regioni a predisporre Piani specifici per garantire la continuità dei servizi sociali e assistenziali sul territorio. Per molti mesi, ferma restando la continuità nell’accesso da remoto, in diversi ambiti territoriali e nonostante le previsioni del citato art. 89, che prevedeva la possibilità di rimodulare o riorganizzare i servizi, sono stati chiusi o sospesi i servizi domiciliari, quelli semiresidenziali e quelli residenziali. Nei fatti da marzo 2020 sino all’estate 2020 chi già era in difficoltà si è trovato privato del sostegno necessario e soggetto ad una acutizzazione del dramma dell’esclusione.

Simili situazioni si sono determinate in particolare a seguito del clima di incertezza rispetto agli assetti istituzionali e di conseguenza alle carenze programmatiche e regolatorie, all’assenza di un sistema di Livelli essenziali delle prestazioni sociali, oltre che al sotto finanziamento strutturale dei servizi sociali (pari sul territorio in termini finanziari allo 0,4% del Pil), ad una spesa storica squilibrata a favore dei trasferimenti monetari e ad un ridotto investimento sul personale e sulla crescita professionale.

La crisi pandemica non ha messo sotto stress, dunque, solo la rete di assistenza sanitaria, ma anche contestualmente la rete dell’assistenza sociale territoriale, che non è riuscita ad affrontare in modo adeguato l’aumento della domanda. Ancora oggi, a inizio 2021, in molti territori si fatica a riavviare i servizi, sia semiresidenziali che residenziali (le RSA ad esempio), continuando a sovraccaricare le famiglie di compiti di cura spesso davvero insostenibili. Contestualmente la crisi economica derivante dall’emergenza sanitaria ed un quadro di sostanziale incertezza hanno per un verso aumentato le richieste di aiuto (ad esempio il sostegno economico e materiale), per l’altro reso più complesse le condizioni di fragilità acuendo le forme di crisi psico-sociale a carico di persone e famiglie. Ed è del tutto prevedibile che in tempi relativamente brevi la richiesta di servizi di welfare per una più ampia parte della popolazione possa aumentare ulteriormente richiedendo una maggiore capacità di integrare sistemi diversi e di attivare strategie di inclusione dei beneficiari più efficaci ed efficienti.

In altre parole, per quanto riguarda i servizi socioassistenziali la pandemia ha posto l’esigenza di riequilibrare l’intero sistema definendo i soggetti deputati a garantire il diritto costituzionale al benessere delle persone, la rete nazionale di gestione delle politiche e lo sviluppo di servizi sociali integrati adeguati alla domanda sociale, come previsto dalla legge di riforma 328/00.

## 6. IL DIBATTITO SULLE PROPOSTE PER LA RIPRESA ED IL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA NEXT GENERATION ITALIA

*Molti sono i documenti e le analisi che sono stati prodotti nel corso del 2020 con l'intento di contribuire a definire una strategia nazionale di ripresa per il paese a seguito della pandemia. Nella maggior parte dei casi si tratta di documenti prodotti dalle istituzioni internazionali e nazionali, dalle parti sociali, da organizzazioni del mondo scientifico e culturale e da organismi di rappresentanza professionali ed associativa. A seconda dei casi i documenti si soffermano sulle cause ambientali della pandemia e sulla necessità di intervenire sulle problematiche del clima, della tutela del territorio naturale e delle diverse specie animali (soprattutto nella prima fase), piuttosto che sugli aspetti più generali di approccio culturale e di strategia di sviluppo (soprattutto a cura di organizzazioni con una vocazione politico istituzionale o culturale antropologica), o sugli aspetti più specifici relativi alla revisione del modello di welfare e di sanità (specie a cura dei soggetti di rappresentanza sociale e degli esperti di sanità e welfare).*

*Per quanto riguarda la prima categoria, quella delle analisi centrate sul tema della sostenibilità ambientale, primo per data di pubblicazione ed anche per importanza, vista la fonte istituzionale di riferimento, è il documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del maggio 2020, dal titolo *Manifesto for a healthy and green COVID-19 recovery*<sup>17</sup>, che nell'ottica appena detta si sofferma sulle cause di natura ambientale, energetica, alimentare, urbanistica e climatica delle epidemie, e propone uno sforzo collettivo in due direzioni, della promozione del benessere e della salute in senso lato e quella dello sviluppo green. Il documento fa seguito alla pubblicazione ed al successivo ritiro del Rapporto sull'Italia e il Covid predisposto dalla sede di Venezia dell'OMS<sup>18</sup>, un rapporto molto ampio, con il quale si rendevano noti dati di dettaglio anche territoriale sulla situazione pandemica in Italia e sulle modalità di risposta. In questo molto più breve documento si tenta piuttosto di indicare quali debbano e possano essere le strade da seguire per avviare nel modo migliore il recupero e la ripresa post Covid, in un'ottica di prevenzione su larga scala e "ab origine", delle forme pandemiche da virus, strade che vengono descritte in 6 capitoli dedicati ai seguenti temi: la protezione della natura come fonte della salute umana, l'acqua e l'igiene, la transizione energetica, il sistema alimentare, la costruzione di città sane e vivibili, il blocco del finanziamento su base fiscale dell'inquinamento.*

*Molti altri documenti prodotti da marzo 2020 in poi seguono per molti versi l'impostazione dell'appena citato Manifesto OMS, richiamando l'importanza di investimenti ed interventi che vadano a colmare le lacune e sanare i danni derivanti dalla*

---

<sup>17</sup> WHO, *WHO manifesto for a healthy and green COVID-19 recovery*, May 18<sup>th</sup> 2020.

<sup>18</sup> WHO regional Office for Europe, *An unprecedented challenge Italy's first response to Covid-19*, 2020



*carezza di adeguate politiche per la sostenibilità ambientale. Ad esempio il “Position Paper sugli investimenti necessari a seguito del Covid”, proposto a settembre 2020 dall’Alleanza italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASviS)<sup>19</sup>, consiglia di considerare attentamente gli aspetti di maggiore criticità emersi, e cioè: le sfide epidemiologiche e le relative conseguenze sugli assetti organizzativi sanitari e sociali; la prevenzione secondo un approccio eco-sistemico di One Health e di considerazione dei rischi connessi ai fattori di origine ambientale ed antropica; le strategie globali di prevenzione in considerazione dei rischi globali delle pandemie.*

*Il Position Paper di ASviS indica, quali ambiti su cui investire a breve termine, grazie ai finanziamenti straordinari che si prevede arrivino dall’Europa, le seguenti 10 aree:*

- 1. sanità: strutture sanitarie residenziali e di emergenza, tecnologie, dispositivi, informatica e telematica;*
- 2. sanità del territorio e strutture intermedie tra ospedale e territorio: strutture, tecnologie, strumentazioni;*
- 3. ricerca biomedica e sanitaria pubblica;*
- 4. ambiente, clima, inquinamento e prevenzione;*
- 5. marginalità: aree di degrado sociosanitario, strutture di ricovero, mezzi a disposizione dell’Istituto Nazionale per la Medicina della Povertà (INMP);*
- 6. scuola ed extra-scuola: edifici scolastici, strumenti didattici, ludoteche e centri di attività scolastica e para-scolastica;*
- 7. lavoro: sicurezza dei lavoratori e degli impianti;*
- 8. città: spazi verdi, mobilità privata, trasporti pubblici, uffici pubblici;*
- 9. attività motoria extraurbana: sentieri di montagna, palestre all’aria aperta, turismo lento;*
- 10. agricoltura e territorio: agricoltura di prossimità, orti urbani, cooperative di agricoltura solidale.*

*Una impostazione simile si riscontra in altri due documenti prodotti da ASviS, il Rapporto Politiche per fronteggiare la crisi da COVID-19 e realizzare l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile di aprile 2020, e il Position paper per il rilancio delle città e dei territori del maggio 2020.<sup>20</sup>*

*Un approccio centrato sugli aspetti di natura strategica e politica generale si rileva invece nel Rapporto prodotti dal Cnel a maggio 2020 dal titolo Il mondo che verrà <sup>21</sup>, che affronta*

---

<sup>19</sup> ASviS, Salute e non solo sanità, Come orientare gli investimenti in sanità in un’ottica di sviluppo sostenibile, Position Paper Gruppo di Lavoro del Goal 3, ASviS settembre 2020.

<sup>20</sup> ASviS, Politiche per fronteggiare la crisi da COVID-19 e realizzare l’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile, aprile 2020; 2 ASviS, Per un pacchetto di investimenti a favore dello Sviluppo Sostenibile delle città e dei territori, 28 maggio 2020

<sup>21</sup> Cnel, Il mondo che verrà, Interpretare e orientare lo sviluppo dopo la crisi sanitaria globale, Quaderni del Cnel, numero speciale, maggio 2020

*importanti questioni politiche e di strategia generale dal punto di vista culturale, sociale ed economico, con ampiezza di vedute e prospettive e contributi di alto livello.*

*In questa ottica va ricordato anche il contributo fornito dal documento della Commissione Europea al Parlamento, del novembre 2020, dal titolo *Per una Unione Europea per la Salute* <sup>22</sup>, che si sofferma in modo particolare sulla necessità di una forte cooperazione europea, sia per quanto riguarda gli aspetti sanitari e farmaceutici, che per quello che attiene alla programmazione e preparazione di fronte alle emergenze, che per la sorveglianza epidemiologica.*

*Approccio simile è contenuto nel Rapporto *Pandemia e resilienza della Consulta scientifica del Cortile dei Gentili*<sup>23</sup>, che contiene una serie di articoli di alto livello sugli aspetti politico culturali, antropologici e socioeconomici della crisi.*

*Altri documenti e rapporti fanno riferimento in maniera più diretta alle questioni sociali e sanitarie di preparazione e reazione agli eventi pandemici e di revisione dei modelli di welfare. È possibile citare a questo proposito il “Piano in 5 mosse” prodotto dal Centro Studi M&M e Cerm, che insiste su l’ammodernamento della rete ospedaliera nazionale; l’adeguamento delle strutture intermedie e di prossimità e delle residenze sanitarie assistenziali, rendendole pandemic-compliant; la creazione di una rete nazionale permanente di monitoraggio sanitario e bio-sorveglianza; il potenziamento della rete di diagnostica e assistenza domiciliare e creazione di una rete per la telemedicina e la teleassistenza; il rinnovo delle dotazioni tecnologiche sanitarie e creazione di una rete nazionale di laboratori per lo svolgimento di test diagnostici, con particolare riferimento ai test RT-PCR.*

*O ancora gli 8 punti per innovare la sanità italiana pubblicati da KPMG, tra cui i principali: coinvolgimento dei pazienti, tutelare i caregiver, big data, innovazione tecnologica e ruolo dell’industria, protezione dell’ambiente.*

*In questo medesimo ambito di particolare rilevanza a livello nazionale è il documento che va sotto il nome di Piano Colao, prodotto dalla Task Force di esperti diretta dal prof. Colao e conclusosi nel mese di giugno 2020<sup>24</sup>, che prevede 6 aree di possibili e necessari intervento: imprese e lavoro; infrastrutture e ambiente; turismo, arte e cultura; PA; istruzione, ricerca e competenze; individui e famiglia.*

---

<sup>22</sup> EU, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European economic and social Committee and the Committee of the Regions, Building a European Health Union: Reinforcing the EU’s resilience for cross-border health threats*, 11 11 2020.

<sup>23</sup> Consulta scientifica del Cortile dei Gentili, *Pandemia e resilienza*, Persona, comunità e modelli di sviluppo dopo la Covid-19, edizioni Consiglio Nazionale delle Ricerche, 2020

<sup>24</sup> Comitato di esperti in materia economica e sociale, *Iniziative per il rilancio “Italia 2020-2022*, schede di lavoro, 15 giugno 2020

*Di particolare interesse all'interno del Piano Colao ai fini della presente riflessione sono i punti relativi a:*

- *la riforma del Terzo settore e il sostegno alle imprese sociali (area 1, III Modernizzazione, punto 19);*
- *il superamento della “burocrazia difensiva” (area 4, XII Semplificazione, punto 58), la Trasparenza della PA (punto 59), il Piano Risorse Umane (68), la Formazione continua (70), il Middle Management (71), il Piano Digital Health (73) il Monitoraggio sanitario nazionale (74);*
- *il supporto ai ricercatori (area 5, XVII Ricerca, punto 77);*
- *i presidi di prossimità (area 6, XXI Welfare inclusivo, punto 88);*
- *il supporto psicologico alle famiglie (punto 89), i progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (91) ed i servizi territoriali sociosanitari (punto 92).*

*Su una lunghezza d'onda simile si colloca il Rapporto a cura di Welfare Italia e Studio Ambrosetti <sup>25</sup>, Laboratorio per le nuove politiche sociali che, dopo una dettagliata e documentata analisi del sistema di welfare italiano nel 2020, si sofferma su 3 aspetti specifici di tipo propositivo volti a potenziare le politiche sociali nazionali: la interoperabilità e digitalizzazione dei dati sanitari; le politiche attive del lavoro; l'incentivazione della previdenza integrativa.*

*Per gli scopi del presente documento rivestono una importanza particolare 2 analisi, quella elaborata dalle Confederazioni sindacali Cgil-Cisl-Uil la prima, e quella a cura del Consiglio nazionale dell'ordine degli assistenti sociali la seconda.*

*Per quanto riguarda il contributo sindacale, il documento per la ripresa ed il rilancio del welfare sanitario e sociosanitario redatto da Cgil-Cisl e Uil <sup>26</sup> sostiene con fermezza la necessità e opportunità di utilizzare la linea di credito speciale creata all'interno del Mes, il Pandemic Crisis Support, con l'obiettivo di potenziare la prevenzione e la rete dei servizi territoriali, di fronte alle “nuove epidemie” (cronicità, non autosufficienza, disagio mentale) ed al recupero del ritardo di alcune regioni italiane. Il documento si sofferma quindi su 3 obiettivi e su 8 progetti. I 3 obiettivi sono i seguenti: aumentare il livello di finanziamento del Fondo sanitario nazionale; definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) Sociali; finalizzare l'utilizzo delle risorse europee. Gli 8 progetti riguardano:*

- 1. La prevenzione e promozione della salute, attraverso una azione strategica condivisa da tutti i soggetti coinvolti;*
- 2. Un piano di potenziamento della rete dei servizi territoriali, dai Distretti alla presa in carico, alle Case della Salute;*

---

<sup>25</sup> Welfare Italia, Laboratorio per le nuove politiche sociali, Rapporto 2020, Think Tank Welfare Italia, novembre 2020

<sup>26</sup> Cgil, Cisl, Uil, Finanziamenti ordinari e straordinari per la ripresa e il rilancio del Welfare Sanitario e Socio-Sanitario, ottobre 2020

3. *Il diritto alla vita indipendente, anziani e non autosufficienza, con la proposta di una Legge quadro nazionale per la Non Autosufficienza che definisca Livelli Essenziali delle prestazioni;*
4. *Il superamento delle disuguaglianze e dei divari territoriali riferiti ai Livelli Essenziali di Assistenza con Piani di convergenza di regioni e territori e riduzione della mobilità;*
5. *Progetti per il welfare sociosanitario digitale e la domotica, con attuazione del Patto per la salute Digitale e completamento del progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico;*
6. *Qualità e sicurezza dei luoghi di cura;*
7. *Investimenti nella ricerca Scientifica e Sanitaria;*
8. *Legalità, monitoraggio, valutazione e partecipazione democratica.*

*Per quanto riguarda la rappresentanza nazionale della categoria degli assistenti sociali, è possibile fare riferimento a 2 documenti, il primo dedicato alla realizzazione del sistema integrato dei servizi e prodotto in ambito di Commissione del Ministero del lavoro<sup>27</sup> e il secondo dato dal testo della Audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato del 9 dicembre 2020<sup>28</sup>.*

*Per ciò che attiene al sistema integrato dei servizi, il documento prodotto per la Commissione del Ministero del lavoro si sofferma su 2 obiettivi principali: definire un livello organizzativo uniforme sul territorio nazionale che garantisca il funzionamento dei servizi sociali territoriali (superando i limiti attualmente imposti agli enti locali): garantire la continuità degli interventi a favore delle persone, a maggior ragione oggi, a fronte della crisi legata alla pandemia e le sue conseguenze.*

*Per la realizzazione degli obiettivi Cnoas indica 2 aree di sistema con particolari criticità che richiedono investimenti urgenti: il sistema del Servizio Sociale professionale e quello dei servizi domiciliari a favore di minorenni e famiglie, anziani e persone non autosufficienti, rispetto ai quali si producono proposte relative anche alla destinazione di risorse aggiuntive.*

*Per quanto riguarda le questioni esposte da Cnoas nel corso della audizione al Senato, sulla base di valutazioni anche quantitative sulla disponibilità di operatori e servizi sociali sul territorio che operano sul versante sociosanitario, il documento formula le seguenti proposte:*

- a) *Prevedere, laddove non già realizzata, l'istituzione del Servizio Sociale professionale (SSP) aziendale quale struttura organizzativa di area professionale in conformità alle Legge 251/2000 e s.m.i., per rinforzare la componente sociale nel comparto salute.*

---

<sup>27</sup> CNOAS, Realizzazione del sistema integrato dei servizi come riforma strutturale, Tavolo tecnico MLPS 22 ottobre 2020

<sup>28</sup> CNOAS, Audizione informale del Consiglio nazionale ordine Assistenti Sociali in Commissione Igiene e sanità del Senato nell'ambito dell'affare assegnato in materia di potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (atto 569), 9 dicembre 2020

- b) *Costruire una rete territoriale del Servizio sociale professionale nel sistema della salute di territorio, partendo dal recupero delle specializzazioni già previste (ospedale, consultorio, dipendenze, salute mentale) per integrarsi e supportare la rete medico/infermieristica presente.*
- c) *Inserire assistenti sociali sia all'interno delle équipes di Valutazione Multidisciplinari distrettuali che delle Unità Complesse di Cure Primarie.*
- d) *Intervenire sul sistema territoriale (ASL/Comuni) per garantire la continuità e definire specifiche responsabilità istituzionali nel rapporto con gli Enti locali.*
- e) *Strutturare la presenza del professionista Assistente sociale nei micro-team e nelle USCA.*

*Al momento della predisposizione del presente documento è in corso l'aggiornamento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>29</sup>, finalizzato ad indicare le linee di indirizzo della ripresa, i relativi investimenti, nonché i concreti progetti da realizzare attraverso i fondi europei del Recovery Fund Next Generation EU, che ammontano per l'Italia a 209 miliardi nel periodo 2021-2029. Nella versione circolata in data 11 gennaio 2021 (di 172 pagine) vengono indicati 3 assi strategici principali (digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale), 3 priorità trasversali (donne, giovani e sud), e 6 missioni che a loro volta raggruppano 16 componenti e 47 linee di intervento. Per ogni Missione vengono indicate le riforme necessarie. Le Missioni sono le seguenti:*

- *digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura;*
- *rivoluzione verde e transizione ecologica;*
- *infrastrutture per una mobilità sostenibile;*
- *istruzione e ricerca;*
- *inclusione e coesione;*
- *salute.*

*Acceso e complesso è stato ed è tuttora il dibattito sul Piano Nazionale, e le principali critiche mosse rispetto alle prime bozze hanno riguardato soprattutto una presunta frammentarietà. L'esiguità dei fondi destinati al settore sanitario (aumentati nel frattempo da 9 miliardi a 19), e la mancata definizione di precisi progetti, previsioni di spesa e cronoprogramma. La versione dell'11 gennaio dovrebbe poter rispondere a molte delle critiche formulate.*

## **7. IL CNEL E LE PRONUNCE DEL 2020 IN MATERIA DI SANITA' E SALUTE**

*La centralità del settore della salute e della sanità nel contesto dell'emergenza sanitaria da pandemia è stata rimarcata anche in ambito CNEL nel corso dell'anno 2020, sia attraverso il documento già citato. Il mondo che verrà (vedi nota 20), sia in altri*

---

<sup>29</sup> PNRR, Next Generation Italia, aggiornamento al 11 gennaio 2021

*pronunciamenti centrati in modo particolare sulle difficoltà strutturali e sulle fragilità accumulate nell'ultimo ventennio, che la crisi pandemica ha fatto emergere con carattere di particola urgenza.*

*In particolare, vanno citate le pronunce CNEL che hanno accompagnato la decretazione d'urgenza del Governo nella fase acuta della crisi emergenziale, nelle quali il CNEL ha sostenuto la necessità di distinguere tra gli interventi immediati e interventi strutturali affermando quanto segue: "Si apprezzano gli interventi previsti dal decreto per fronteggiare l'emergenza sanitaria. Tuttavia, le notevoli risorse devono essere utilizzate per rafforzare in modo strutturale il sistema, soprattutto nei punti rivelatisi più deboli, per garantire i livelli essenziali di assistenza, in specie quelli relativi all'area sociosanitaria. Occorre garantire una rete di adeguati presidi territoriali, sviluppando in particolare, i servizi domiciliari e le necessarie strutture di prevenzione in grado di rafforzare l'aspetto preventivo della tutela sanitaria ("Occorre quindi cogliere questa occasione per investimenti che rafforzino il sistema sanitario nazionale perché sia in grado di garantire effettivamente i livelli essenziali di assistenza e di fronteggiare in futuro eventuali emergenze sanitarie in condizioni di sicurezza e non con decretazioni d'urgenza" cfr. punto B.1 delle Osservazioni e proposte del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro per la ricostruzione dopo la crisi coronavirus). Inoltre, con riferimento al MES, occorre cogliere l'occasione di avere accesso a risorse per 35-37 miliardi e costruire al più presto un Piano di rilancio del Sistema Sanitario Nazionale capace di rispondere adeguatamente all'evoluzione della domanda di salute e di sviluppo delle industrie e delle tecnologie ad esso collegate."*

*Nell'ambito della riflessione condotta sul tema della semplificazione procedurale ed amministrativa dell'azione della PA, resa ancor più urgente in fase emergenziale, le Parti Sociali hanno ritenuto utile richiamare la necessità di dare piena attuazione allo strumento del Fascicolo sanitario elettronico, attivo in 18 regioni/province autonome, solo 11 delle quali risultano avere aderito alla rete per la interoperabilità.*

*Nella prima analisi offerta in aprile alle Commissioni bilancio di Camera e Senato, nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame del DEF 2020, nonché nella nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (DEF) 2020 del mese di ottobre, il CNEL si è pronunciato evidenziando i punti di forza e quelli di debolezza nell'ambito delle misure previste nel disegno di Legge di Bilancio 2021 con riguardo al settore sanitario, indicando tra i possibili correttivi, oltre al sostegno del personale medico e infermieristico per fare fronte alla insufficienza d'organico specie nella sanità territoriale, la necessità di potenziare la prevenzione ed i servizi di prossimità, prevedendo anche una formazione ad hoc del personale necessario. E ciò allo scopo di rendere più forte, preparato e resiliente il sistema di offerta rispetto al verificarsi di nuovi futuri episodi epidemici, garantendo per tutti il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), definendo i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), potenziando l'assistenza*

*continua, integrando la medicina convenzionata ed i servizi pubblici ed i Piani Sociali con quelli sanitari, riconoscendo la centralità del Distretto socio-sanitario, e dando vita ad un sistema informativo capace di sistematizzare i dati generati dai diversi attori in campo, dai presidi sanitari fino ai fondi sanitari integrativi.*

*Nella pronuncia del 25 novembre 2020 concernente il disegno di Legge di Bilancio annuale 2021 e triennale 2021-2023 le Parti Sociali hanno manifestato al Governo l'opportunità – oltretutto la necessità – di andare oltre la fase emergenziale in due direzioni: per un verso, riorganizzando il sistema, anche alla luce dell'esperienza di questo periodo, in particolare rafforzando i presidi territoriali e i servizi di prevenzione; per altro verso, in direzione dello sviluppo delle potenzialità del settore industriale strategico della sanità, con particolare riferimento alle innovazioni tecnologiche per la salute ed agli obiettivi di miglioramento della qualità della vita ad esso connessi.*

*Attraverso l'indagine d'impatto "Stress test settoriali", il CNEL ha poi individuato nei settori dell'istruzione, dell'agricoltura, del turismo, della logistica e della sanità, i settori sui quali concentrare l'attenzione, con l'obiettivo di fornire spunti e indicazioni in termini sia di revisione ed integrazione del modello di sviluppo del Paese sia di investimenti da programmare ed attuare grazie ai finanziamenti stanziati in ambito europeo e nazionale.*

*Ulteriori indicazioni sono state espresse dal CNEL nella posizione assunta con riguardo al Programma Nazionale di Riforma (PNR) ed all'utilizzo del Fondo di Ripresa e Resilienza Next Generation. Quattro i settori strategici indicati dal CNEL rispetto al PNR e, per l'utilizzo del Recovery Fund per lo sviluppo del paese: transizione digitale ed ecologica, sanità, scuola, fisco.*

## **8. LE PROPOSTE DEL GRUPPO DI LAVORO STRESS TEST SANITA'**

*Rispetto alle considerazioni di tipo analitico e valutativo di cui sopra, e sulla base del confronto che si è svolto al suo interno, il Gruppo di lavoro del CNEL Stress Test Sanità richiama l'attenzione sulle seguenti proposte.*

### **a) Previsioni epidemiologiche e quantità e qualità di risorse umane e finanziarie**

Va recuperato strutturalmente il sottofinanziamento dell'ultimo decennio delle politiche sanitarie e sociali, ritarando il modello rispetto ad una domanda crescente per quantità e qualità, e soprattutto restituendo al settore una visione strategica, mortificata da almeno due decenni rispetto ad una primazia degli approcci basati sulle compatibilità finanziarie e sul controllo della spesa. Rivedere oggi gli assetti di welfare e di promozione della salute e del benessere alla luce delle sfide più recenti è una delle esigenze non differibili.

*Possibili azioni da intraprendere:*

- *utilizzare tutte le risorse messe a disposizione dall'Unione europea Next Generation EU e Mes, ampliando le risorse indirizzate dalla bozza di Piano del nostro Paese al capitolo della protezione sociale ed ai servizi sociosanitari;*
- *allineare le disponibilità del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) italiano a quelle di altri grandi Paesi europei, rendendo strutturali le risorse appostate in fase emergenziale;*
- *promuovere un piano di assunzioni straordinarie stabili di professionisti sanitari, sociosanitari e amministrativi;*
- *potenziare le risorse per la formazione del personale e rimodulare la stessa allo scopo di rispondere ai nuovi fabbisogni;*
- *incrementare gli investimenti nella ricerca scientifica in ambito sociosanitario.*

**b) *Il Welfare territoriale e la sanità di comunità***

Il rinnovamento del sistema sociosanitario deve avere come leva principale il potenziamento della rete territoriale dei servizi, che ha nel Distretto sociosanitario il baricentro di governo delle strutture e dei professionisti, dando effettiva attuazione a tutti i livelli dell'integrazione, e rendendo cogente la coincidenza territoriale tra Distretti sanitari ed ambiti sociali (come previsto dalla L. 328/2000), necessaria a favorire la programmazione integrata socio sanitaria.

*Possibili azioni da intraprendere:*

- *introdurre standard, indicatori e requisiti vincolanti per l'assistenza territoriale e per le strutture residenziali e semi residenziali che operano nell'area della integrazione sociosanitarie;*
- *ampliare la consistenza delle strutture territoriali pubbliche, come le Case delle Salute e di comunità, dove i cittadini possano avere accesso coordinato e concentrato a tutti i servizi sociosanitari, sociali e psicologici di cui hanno bisogno, ivi comprese la medicina di base e la pediatria di libera scelta;*
- *assicurare la presa in carico della persona e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, ad esempio rafforzando le strutture intermedie come gli ospedali di comunità;*
- *potenziare l'assistenza educativa domiciliare, le cure palliative e le terapie del dolore;*
- *riqualificare e adeguare quantitativamente e qualitativamente i consultori familiari in tutto il territorio nazionale (ne mancano circa un migliaio).*
- *Ridisegnare ruoli e compiti dei MMG che devono trovare una reale integrazione nella rete territoriale e devono svolgere anche funzioni proattive di promozione e prevenzione dei loro assistiti e della comunità*



**c) *La salute in tutte le politiche (ambiente, trasporti, lavoro, scuola)***

*L'approccio One Health è stato fino ad oggi applicato principalmente alla salute animale, alla sicurezza degli alimenti e all'antibiotico-resistenza. L'approccio va preso in più attenta considerazione per quanto riguarda altri aspetti, come l'inquinamento delle risorse naturali e la distruzione della biodiversità, la progettazione urbana e la pianificazione territoriale, produttiva e dei trasporti, la messa a frutto delle potenzialità tecnologiche e informatiche.*

*Possibili azioni da intraprendere:*

- *riqualificare le strutture e le strumentazioni di scuola ed extra-scuola: edifici scolastici, strumenti didattici, ludoteche e centri di attività scolastica e para-scolastica;*
- *migliorare la sicurezza dei lavoratori e degli impianti produttivi con specifici interventi;*
- *promuovere la qualità degli spazi di vita nelle città e nei territori extra-urbani (spazi verdi, mobilità privata, trasporti);*
- *promuovere l'attività motoria urbana ed extraurbana (sentieri, percorsi pedonali, piste ciclabili, palestre all'aria aperta, turismo lento);*
- *promuovere l'agricoltura sostenibile e di prossimità (orti urbani, cooperative di agricoltura solidale) e salvaguardare la qualità degli alimenti e delle produzioni alimentari;*
- *rafforzare la medicina scolastica per l'educazione sanitaria delle giovani generazioni, la promozione degli stili di vita salutari e la sorveglianza sanitaria in ambito scolastico.*

**d) *Preparazione alle emergenze e Piano pandemico***

*Occorre procedere rapidamente alla definizione dell'aggiornamento ed adeguamento del Piano Pandemico Nazionale (una bozza aggiornata al 31 dicembre 2020 è stata prodotta con il titolo Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023) rispetto alla sua ultima versione stilata nel 2006 e confermata nel 2017, anche in considerazione dell'esperienza recente della pandemia da Covid-19 e delle indicazioni dell'OMS.*

*Possibili azioni da intraprendere:*

- *potenziare strutturalmente i Dipartimenti di Prevenzione e promuovere la redazione di Piani pandemici regionali e locali;*
- *riqualificare la rete epidemiologica nazionale ed i sistemi di tracciamento, ed accelerare l'attuazione piena dei LEA della prevenzione;*

- dare piena attuazione alla predisposizione dei Piani regionali per la garanzia, anche in situazioni di emergenza, dell'accesso e della continuità dei servizi sociali essenziali. (art.89 bis d.l. 34/2020).;
- introdurre nel sistema dei servizi elementi di flessibilità sia in termini di strutture a bassa manutenzione pronti per l'uso, che personale di riserva, che di dispositivi;
- rivedere i programmi della formazione degli operatori sanitari, ampliando la gamma delle competenze nella direzione della presa in carico, della sorveglianza epidemiologica e della integrazione degli interventi sociosanitari, ed introducendo materie come la statistica sanitaria, l'epidemiologia, la sociologia sanitaria, la psicologia e la gestione organizzativa.

**e) *Sviluppo tecnologico e supporto informatico***

La crisi pandemica ha fatto emergere i problemi irrisolti relativi alla dotazione delle tecnologie utili ad assicurare vicinanza e continuità assistenziale anche a distanza, alla digitalizzazione delle procedure amministrative ed organizzative (come nel caso della ricetta dematerializzata), alla raccolta e trasmissione dei dati clinici (telemedicina, teleassistenza), allo sviluppo di una sorveglianza clinica informatizzata.

*Possibili azioni da intraprendere*

- superare frammentarietà, incompatibilità e carenze di interoperabilità fra sistemi regionali e nazionale;
- dare piena attuazione al Patto per la salute Digitale, che prevede i tre ambiti di intervento: tele-medicina, tele-specialistica, tele-assistenza sociale;
- portare a compimento il progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ampliandolo nella direzione di un Fascicolo sociosanitario elettronico (FSSE);
- sviluppare la domotica ed il settore dei dispositivi e dei servizi *e-Care* rivolti alle persone non autosufficienti a casa o nell'assistenza anche ospedaliera, anche rispetto ai pazienti meno gravi in situazioni di pandemia;
- accompagnare le misure a sostegno della digitalizzazione investendo su innovazione organizzativa e professionale.

**f) *Equità di accesso alle prestazioni e tutela dei più fragili e degli emarginati (No one left behind)***

*La pandemia ha colpito in maniera pesante le popolazioni più vulnerabili (anziani, disabili, malati cronici, ecc.), che costituiranno peraltro platee in crescita nel futuro, per cui è necessario intervenire con un approccio multidimensionale e con misure coordinate per garantire a questi target di popolazione il pieno diritto alla salute ed al benessere.*

*Azioni da intraprendere:*

- *riorganizzare il complesso sistema della LTC per le persone disabili e non autosufficienti, anche attraverso una normativa quadro nazionale che garantisca omogenei livelli assistenziali superando l'attuale dispersione e frammentazione delle misure;*
- *potenziare l'assistenza alle persone non autosufficienti e con disabilità prioritariamente nel proprio contesto di vita e per promuoverne la vita indipendente, anche con l'assistenza sociosanitaria domiciliare e semiresidenziale;*
- *ampliare il lavoro di cura domiciliare e rafforzare il ruolo dei caregiver e dei cosiddetti badanti e prevedere misure di sollievo e sostegno alle famiglie;*
- *qualificare le strutture residenziali sociosanitarie e socio-assistenziali, intervenendo sulle regole di accreditamento delle strutture private, i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici, gli standard quanti-qualitativi del personale, i controlli e la partecipazione sociale;*
- *qualificare e rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale, per colmare le carenze strutturali presenti in molte aree del Paese e potenziare i centri per la neuro psichiatria infantile, per l'adolescenza e i giovani adulti.*
- *investire in azioni per migliorare la promozione, cura e riabilitazione delle persone detenute e degli operatori penitenziari;*
- *aggiornare e dare piena attuazione al Piano nazionale di governo delle liste di attesa.*

**g) Governance multilevel in sanità e nel sociale**

*Una delle criticità maggiori che si sono evidenziate nella pandemia è quella relativa alle modalità ed agli strumenti di coordinamento tra livelli istituzionali e sociali (locale, regionale, nazionale, internazionale e mondiale) in tema di salvaguardia della salute e del benessere, di lotta alla povertà ed al disagio sociale, e di risposta ai bisogni.*

*Possibili azioni da intraprendere:*

- *aprire una nuova stagione di definizione di Patti territoriali sociali e sanitari e di relativi Piani sanitari e sociali, a livello regionale e locale;*
- *individuare meccanismi di effettiva armonizzazione tra territori diversi e di attuazione coordinata a partire dalla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), come elemento indispensabile per realizzare l'integrazione sociosanitaria;*
- *implementare i finanziamenti finalizzati alla definizione e attuazione dei percorsi adeguati di coordinamento e armonizzazione;*
- *rafforzare il coinvolgimento delle Parti Sociali a livello nazionale e territoriale, ivi compresi i soggetti del Terzo Settore impegnati nel sociale e nel sanitario, in particolare per quanto riguarda la programmazione territoriale e il monitoraggio degli interventi;*
- *dare rapida attuazione al Sistema informativo unitario dei servizi sociali e sanitario;*

- *definire un quadro normativo chiaro delle professioni sociali e sociosanitarie adeguandone i percorsi formativi;*
- *studiare la costituzione di una istituzione di supporto o un'agenzia di rilievo nazionale, per accompagnare gli enti locali nella programmazione ed organizzazione dei servizi territoriali;*
- *definire Piani di convergenza delle Regioni e dei territori in difficoltà su obiettivi di riqualificazione dell'assistenza anche in vista del governo della mobilità sanitaria;*
- *promuovere azioni per recuperare i divari di offerta assistenziale (specie ospedaliera ad alta specializzazione) e mettere in sicurezza tutte le strutture di assistenza ospedaliera e sociosanitaria territoriale.*

*Qui di seguito una formulazione più estesa di alcune delle proposte.*

### ***La revisione degli assetti socioassistenziali di cura***

Una delle principali priorità secondo il Gruppo di lavoro è quella della revisione degli assetti socioassistenziali di cura. Il che significa investire nei servizi sociali territoriali, rispetto alla spesa in trasferimenti monetari, incrementando e riorganizzando le linee di finanziamento nazionale, individuando e garantendo i livelli essenziali (LEP), potenziando, riequilibrando e riqualificando la rete dei servizi socio assistenziali a partire dai servizi fondamentali individuati dall'art. 22 della Legge 328/2000 (standard, indicatori e requisiti vincolanti per la programmazione regionale ad esempio rispetto alla rete nazionale del servizio sociale professionale, così come rispetto alla copertura ed intensità assistenziale pro capite dei servizi domiciliari sia assistenziale che educativa).

Vanno individuati un quadro legislativo ed un sistema programmatico ed organizzativo per l'integrazione socio-sanitaria, al fine di intervenire - specie nelle situazioni di cronicità e non autosufficienza - in via preventiva e integrata, riducendo i carichi assistenziali familiari e ridefinendo i trasferimenti a favore di servizi integrativi della cura familiare di natura semi-residenziale e domiciliare (ad esempio promozione di Piani nazionali socio-sanitari e definizione di finanziamenti coerenti rispetto ai medesimi obiettivi; approvazione delle Linee guida previste dall'art. 21 del Dpcm del 2017 sui LEA, per garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa dell'area sanitaria e dei servizi sociali; specifica decretazione sui requisiti e standard vincolanti sia strutturali che di personale delle reti di assistenza socio sanitaria, in analogia con quanto già sancito per l'assistenza ospedaliera).

Deve essere inoltre rafforzato il governo partecipato delle politiche sociali e sociosanitarie con tutti gli attori sociali, e deve essere data certezza al sistema di affidamento dei servizi sostenendo gli investimenti in innovazione e co-

progettazione degli interventi territoriali per la prevenzione di situazioni di marginalità e di esclusione sociale in collaborazione con il Terzo settore e con il settore privato.

Investire sui servizi di cura (per tutti) significa infatti lavorare in chiave preventiva, intercettare precocemente le situazioni di rischio evitando, quando possibile, interventi più onerosi nelle fasi successive. Non secondario è il controvalore economico di interventi e servizi di cura professionali e integrati, anche nei termini di ottimizzazione della spesa sanitaria.

La presenza di servizi di cura, la loro elasticità nell'erogazione e la capillarità dell'offerta sono elementi essenziali, insieme alla riorganizzazione delle modalità e tempi di lavoro, anche per garantire alla componente femminile della società un maggiore accesso e permanenza nel mercato del lavoro, che peraltro incrementando i redditi familiari contrasta fenomeni di povertà minorile. Non possiamo negare che, per ragioni culturali e storiche, i compiti di cura nelle famiglie italiane ricadano ancora sulle donne che però – a differenza di soli pochi anni fa – sono sempre più sole nell'affrontarlo.

Le politiche che hanno via via monetizzato e solo parzialmente indennizzato il lavoro di cura hanno, in realtà, creato un welfare “privato e familiare” praticamente sempre al femminile che, spesso costituisce un'isola che non comunica e non si connette con i sistemi istituzionali.

Non va dimenticato, inoltre, che la maggior parte dei professionisti che di cura e assistenza si occupano sono donne. Il paradosso delle politiche degli ultimi anni è che, mentre si effettuavano tagli più o meno lineari a Scuola, Servizio Sanitario e Servizi sociali riducendo – nei fatti – l'occupazione femminile, parallelamente si è sviluppata una politica di bonus e assegni per il lavoro, spesso informale o al nero, di cura domiciliare.

La mancanza di servizi di cura accessibili e diffusi, inoltre, penalizza i cittadini che risiedono nelle aree interne e nelle periferie. Nei centri minori, laddove l'erogazione di servizi di cura risulta meno conveniente anche per i privati (comprese le assistenti familiari/badanti), anche a causa delle minori risorse a disposizione degli Enti titolari delle funzioni amministrative direttamente connesse alla cura dei più fragili, le donne avranno ancor più difficoltà a conciliare i tempi di vita, cura e lavoro. Le ricerche svolte nelle aree più periferiche e marginali, hanno evidenziato che le persone non hanno bisogno e non desiderano più soldi, ma di più servizi. (cfr. ricerca Albero della Vita - Ricerca).

Maggiori investimenti nelle reti di servizi, il potenziamento degli interventi e un parallelo ripensamento degli assegni (finalizzandoli alla spesa per progetti di cura personalizzati o servizi convenzionati/accreditati) razionalizzerebbe anche la spesa sociale e renderebbe trasparente e riconoscibile il lavoro, aumentando contemporaneamente le tutele di tutti: di chi presta il servizio e delle famiglie che ne usufruiscono.

Il lavoro di cura coinvolge milioni di lavoratrici e lavoratori, spesso con alti livelli di formazione – si pensi ad assistenti sociali, psicologi, infermieri, educatori e insegnanti ad esempio – in questo periodo particolarmente esposti ai rischi del contagio anche perché negli anni si sono trovati penalizzati da pesanti politiche di austerità, che hanno ridotto gli organici, peggiorato le condizioni retributive e di lavoro e trascurato la formazione. Gli stessi rinnovi contrattuali sono stati condizionati da un quadro sfavorevole e deregolamentato.

## **8.2 Per una sanità pronta e flessibile**

L'epidemia da Covid-19 ha messo in evidenza molte lacune del sistema sanitario che sicuramente dovranno essere corrette. È importante però che non si pensi che in situazioni di normalità il nostro sistema sanitario debba configurarsi sulle necessità della fase epidemica. La soluzione da abbracciare è piuttosto quella di studiare come garantire la flessibilità del sistema di fronte alla quotidianità in periodi ordinari, ma anche rispetto ai bisogni improvvisi ed imprevedibili nei tempi di insorgenza.

Una prima necessaria flessibilità deve riguardare le strutture, prevedendo di poter disporre di alcuni nosocomi “a bassa manutenzione”, da riaprire alla necessità.

Anche per il personale dovrebbe prevedersi una quota messa “in riserva”, mantenendo però gli operatori “riservisti” - vuoi perché in quiescenza o occupati in altre attività – in una condizione professionale di buon aggiornamento e con compiti già definiti cui dedicarsi in caso di emergenza.

La flessibilità deve riguardare poi anche la disponibilità dei vari presidi sanitari, come ad esempio quella dei dispositivi di protezione individuale (mascherine), secondo una previsione di possibile utilizzo. Certamente non è possibile stoccare tutto quanto necessario, anche perché molti presidi, come ad esempio i farmaci, sono deperibili o a scadenza di efficacia; ma in questi casi devono stabilirsi le procedure ottimali per una loro rapida acquisizione.

È evidente ormai a tutti che l'organizzazione sanitaria deve essere molto forte sul livello territoriale, sul ruolo centrale del distretto socio sanitario e su dotazioni strutturali extra ospedaliere adeguate (RSA, CTRP, Hospice, CD, ambulatori

distrettuali, etc.), con una marcata assistenza domiciliare: una realtà organizzativa da governare in piena responsabilità dai medici di medicina generale uniti in studi aggregati con presenze infermieristiche e riabilitative, e con studi collegati in rete con i data base sia delle strutture distrettuali che ospedaliere.

E questa organizzazione sanitaria dovrebbe ricomprendere un numero sufficiente di Poliambulatori regionali (almeno uno ogni 300/400 mila abitanti), dotati di adeguate e necessarie attrezzature medico sanitarie ivi comprese TAC e RMN, e ciò per allargare ed accrescere le capacità di risposta con l'obiettivo di abbattere le liste di attesa create dall'imbuto delle strutture ospedaliere impegnate (e non potrebbe essere altrimenti) dalla prioritaria esigenza di evadere in primis le prestazioni dovute ai pazienti ricoverati. In questi Poliambulatori, ove sono presenti i medici ospedalieri che vi operano anche in libera professione d'azienda (ALPA), sussiste la garanzia – importanza fondamentale ed irrinunciabile – di qualità e sicurezza delle prestazioni al pari di quanto avviene in ambito ospedaliero.

### **8.3. Medici di base e pediatri di libera scelta**

Lo sviluppo della medicina moderna e l'enorme progresso della clinica e della chirurgia hanno portato a rafforzare la figura del medico come diagnosta e terapeuta, sminuendo il suo ruolo di gestore della salute personale e collettiva. Anche la separazione tra sanità ed ambiente nelle politiche pubbliche ha acuito questa tendenza a concentrare il ruolo medico sugli aspetti di trattamento delle patologie.

Nella formazione medica come concretamente realizzata all'interno delle Facoltà di Medicina gli insegnamenti che riguardano la prevenzione e la sanità pubblica sono di conseguenza quasi inesistenti o ridotti ad un ruolo molto marginale. Non sono adeguatamente trattate materie come l'epidemiologia, la statistica (di cui si parla quasi esclusivamente in funzione dei clinical trial), i fattori di rischio, la sociologia della salute, l'economia sanitaria, la psicologia dei comportamenti.

Si pone ora la necessità di far sì che la formazione del medico superi i limiti di un ruolo esclusivamente di tipo diagnostico e terapeutico, per abbracciare elementi utili ad un operatore che si debba occupare di proteggere e di sviluppare la salute dei singoli e della comunità.

Non basta dunque limitarsi alle carenze "quantitative" dei medici e altri operatori sanitari, e occorre migliorare ruolo, funzioni e formazione, in particolare dei Medici di base e dei pediatri, e per la sanità territoriale in genere.

Va inoltre ricordato che il medico di base nasce nelle norme degli anni '70 come trasformazione della figura del medico condotto, scotomizzandone però la funzione di ufficiale sanitario. Nella definizione della Legge 833 istitutiva del SSN si è molto discusso sul ruolo del medico di base e sulla questione relativa alla sua posizione di dipendente pubblico o privato convenzionato. Ma non si è messo mano al ruolo libero professionale dei medici di base, istituito tra fine '800 e inizio '900, quando fu proibito ai Comuni di assumere medici per le necessità della popolazione, né si è osato modificare questo assetto prevedendo l'integrazione del medico di base come dipendente dal sistema sanitario. Occorre chiedersi oggi se questa scelta sia ancora valida e se sia possibile, ad esempio, gestire una emergenza come quella epidemica con dei liberi professionisti cui non possono essere affidati compiti al di là di quelli previsti dalle convenzioni stabilite.

Ma oltre al loro inquadramento bisogna ripensare al ruolo della medicina di base. Lo sviluppo già citato della clinica ha reso impossibile per il medico di base essere in grado di possedere competenze in tutti campi applicativi, eseguire diagnosi anche complesse o stabilire in ogni caso le terapie più opportune, il che lo ha trasformato nel soggetto che supervisiona e autorizza prescrizioni e terapie decise spesso da altri, mentre non si è sviluppato a dovere il rapporto con l'ambiente e con il controllo dei fattori di rischio, sia individuali che ambientali.

Sull'inquadramento, sul ruolo, sulle funzioni, sulla formazione dell'operatore (medico o altro) dovrebbe essere avviato un serio lavoro di studio e di progettazione, da basare su gli stessi valori della Legge istitutiva del SSN (la 833) ma da aggiornare alla luce della nuova situazione epidemiologica ed organizzativa

### **L'accesso ai servizi sanitari ed il supporto informatico**

Una organizzazione più efficiente in ambito sanitario sarà possibile solo a patto che si proceda nella direzione di una più spinta utilizzazione della tecnologia informatica con il fine di ridurre le difficoltà dei pazienti (soprattutto di quelli anziani privi di mezzi di mobilità ma anche di tutti gli altri) ed anche degli operatori sanitari, nell'organizzare gli accessi ai servizi e la circolazione dei dati clinici.

Solo grazie ad una simile riorganizzazione sarà possibile confermare il trend della riduzione dei posti letto ospedalieri ordinari (con esclusione ovviamente di quelli destinati alle emergenze/urgenze, che vanno potenziati e riportati agli standard necessari), in quanto l'ospedale del futuro sarà sempre di più un Centro Servizi ad alta tecnologia quale necessaria evoluzione del Centro Degenze che



ancora oggi lo caratterizza, con una elevata dinamicità funzionale contro l'attuale staticità.

Non si può inoltre dimenticare che in futuro la farmacogenomica renderà disponibili farmaci avanzati che offriranno la possibilità di attivare terapie molto mirate e che consentiranno cure a domicilio o in strutture protette diffuse sul territorio, sostitutive e integrative di quelle oggi erogate in regime ospedaliero.

Naturalmente il rapporto medico-paziente diretto (ossia la visita medica con presenza del paziente in ambulatorio) non potrà mai essere supplito al 100% dai mezzi informatici. Il colloquio "de visu", la gestualità, la costruzione dell'anamnesi, la semeiotica classica, la diagnosi e la terapia non dovranno essere soppiantate dalla tecnologia. Non si intende quindi che l'emergenza pandemica stronchi l'attività clinica ambulatoriale o domiciliare né che cristallizzi il rapporto classico tra curante e curato.

In questo contesto si inserisce una proposta specifica per migliorare le procedure di accesso ai servizi sanitari attraverso lo strumento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). L'idea del FSE, di per sé ottima, presenta infatti alcune criticità solo in parte in corso di risoluzione. Inoltre, alcune Regioni sono mosse in modo autonomo e le differenze applicative si sono moltiplicate.

Le principali lacune riscontrabili nella applicazione del FSE possono essere riassunte come segue.

1. Non contiene tutti i documenti della persona (referti passati, radiografie, analisi, esiti di visite specialistiche).
2. Medici specialisti, dentisti ed altri operatori del settore medico non vi hanno accesso.
3. La diffusione delle competenze informatiche in Italia è relativa e ci sono ancor oggi milioni di persone con poche capacità tecnologiche, che maggiormente potrebbero avere la necessità di consultare specialisti diversi e necessità di comunicare loro la scheda medica completa.
4. Non è possibile accedere ai dati medici in luoghi (farmacie, ambulatori privati, ecc.) o strutture attualmente escluse (per esempio odontoiatri, nutrizionisti, fisioterapisti).

La proposta consiste nel trasformare la tessera sanitaria in una chiave elettronica (alias chiavetta usb) che contenga tutte le informazioni sanitarie/cliniche essenziali. Il sistema potrebbe poi essere sviluppato includendo alcuni software personalizzati (su base regionale). Nello specifico si tratterebbe di due chiavette usb da 10-30 gb con 2 psw: una per i dati anagrafici ed una per i dati clinico/sanitari personali. Detti dati verrebbero poi – una volta validati - inseriti, con back up automatico, nel cloud. Detta chiavetta, resa nota la password

all'operatore sanitario coinvolto, potrebbe essere letta da qualunque computer, in qualunque sede sanitaria (MMG, pediatra, distretto, CUP, ambulatorio ospedaliero, poliambulatorio, ospedale, farmacia) ed utilizzata da tutti i cittadini, anche a quelli non informatizzati, perché li mette direttamente e semplicemente in contatto con i sanitari di riferimento.