



Il welfare che vogliamo: priorità all'assistenza sociosanitaria territoriale, opportunità e rischi del Recovery Plan

Nerina Dirindin e Stefano Cecconi

1. Abbiamo bisogno di un cambiamento

«Storicamente le pandemie hanno forzato gli uomini a rompere con il passato e a immaginare un nuovo mondo. Questa volta non è diversa. La pandemia è un portale, un passaggio da un mondo a quello successivo. Possiamo scegliere di attraversarlo, trascinandoci dietro le carcasse del nostro pregiudizio e dell'odio, della nostra avarizia, delle nostre banche dati e delle nostre idee morte, dei nostri fiumi morti e dei cieli fumosi. Oppure possiamo camminare leggeri, con poco bagaglio, pronti a immaginare un altro mondo. E pronti a combattere per questo».

Queste le parole di Arundhati Roy, scrittrice indiana e attivista dei diritti umani, che nell'aprile del 2020 ha pubblicato sul Financial Times, il più autorevole giornale economico-finanziario del Regno Unito, un articolo dal titolo «La pandemia è un portale».

Il pensiero di Roy ci ricorda che «abbiamo bisogno di un cambiamento». Un cambiamento reale, cui siamo tutti chiamati a contribuire, a partire dalla riflessione sulla direzione della strada che vogliamo intraprendere e da come possiamo percorrerla. Un cambiamento che non può limitarsi alle tante affermazioni di circostanza, spesso fatte proprie anche da chi ha sostenuto il tipo di sviluppo economico e sociale che abbiamo conosciuto prima della pandemia, ma che imponga strategie e azioni coerenti con i processi di rinnovamento che vogliamo realizzare.

L'anno 2020 è destinato ad essere ricordato come l'anno del «portale», della svolta. Già oggi ognuno di noi è naturalmente portato a distinguere, fra gli avvenimenti della nostra vita quotidiana, ciò che è successo prima dell'inizio delle restrizioni imposte dal diffondersi del Coronavirus e ciò che è successo dopo. Ma se è così per ognuno di noi, nella nostra piccola esperienza di vita, non è detto che sia così anche per coloro che muovono i fili del futuro del mondo, dai quali dipende – almeno in parte – il rinnovamento che ci aspettiamo. Gli interessi consolidati, la mancanza di pensiero, le avidità degli affaristi, l'indifferenza davanti alle disuguaglianze sono ostacoli che si ergono in modo smisurato davanti al cambiamento che vorremmo: possono ritardarlo o possono addirittura indirizzarlo verso direzioni tutt'altro che desiderabili.

Anche per il nostro Paese la situazione non è diversa. La pandemia ci ha consegnato, insieme a tanta sofferenza e tanti lutti, un'occasione straordinaria per ripensare il futuro, ma senza un vero e proprio «progetto» la pandemia può diventare un'occasione persa. Abbiamo a disposizione una imponente quantità di risorse, abbiamo un Piano strategico in via di definizione (il Piano nazionale di ripresa e resilienza), siamo consapevoli del compito storico cui siamo chiamati (costruire un futuro migliore per le prossime generazioni) ma non è detto che sia chiaro che cosa deve essere cambiato e che cosa deve essere preservato. Né tanto meno come realizzarlo. Anche perché la storia è piena di cambiamenti senza contenuti, di innovazioni destinate a consolidare ciò che andava superato, di novità che soddisfano a parole il bisogno di rinnovamento ma che garantiscono nella sostanza lo status quo. Non sarà facile, e avremo comunque bisogno di molto tempo.

Di fronte all'enorme mole di lavoro che ci aspetta, in questa sede ci limiteremo a discutere un unico argomento: il welfare sociosanitario.

L'analisi riprende e discute i contenuti dell'appello «Spendere bene» le risorse europee per la ripresa e la resilienza promosso da alcune associazioni e sottoscritto da Cgil, Cisl e Uil oltre che da decine di organizzazioni, enti, società scientifiche di livello nazionale e locale (Sos Sanità, 2020, 2021).

Un tema, il welfare sociosanitario, che nel progetto di cambiamento che vorremmo vedere realizzato può apparire minuscolo, quasi marginale, ma che potrebbe costituire un'occasione storica per cambiare la vita delle persone. Per tante ragioni. Perché il nuovo welfare sociosanitario potrebbe partire dai bisogni delle persone e non dalle prestazioni che i produttori, pubblici e privati, sono disposti – oggi – a offrire. Perché potrebbe ridare dignità a tutti coloro che, non essendo perfettamente vigorosi ed efficienti, sono spesso relegati ai confini della società, degni di attenzione solo in quanto domanda di prestazioni di natura assistenziale e custodiale. Perché potrebbe contribuire a ridare senso alle comunità, a ricostruire convivenze orientate alla qualità della vita e non solo allo sviluppo produttivo in senso stretto. Perché può contribuire a dare valore a tutti i lavori di cura, dal punto di vista sociale e professionale, promuovendo una occupazione diffusa su tutto il territorio, giovane e femminile. Perché il nuovo welfare sociosanitario può essere disegnato in modo da essere di gran lunga più sostenibile, nel tempo ed economicamente, di tutte quelle forme di assistenza che tendono a escludere anziché ad includere e che lentamente si stanno insinuando anche nel nostro Paese.

Per queste ragioni è importante riflettere sul welfare sociosanitario che vogliamo e per il quale siamo pronti a combattere.

2. È necessario salvaguardare e potenziare il Servizio sanitario nazionale

La drammatica lezione della emergenza pandemica ci ha confermato che è indispensabile rendere più forte il Servizio sanitario nazionale, pubblico, universale e finanziato con la fiscalità generale.

Abbiamo la fortuna di vivere in un Paese che ha saputo dotarsi di un servizio sanitario disegnato in modo da garantire a tutti, indistintamente, le cure necessarie e da liberare ogni individuo dal rischio di dover rinunciare – anche in tempi di pandemia – all'assistenza, per sé o per un proprio caro, a causa dei costi esorbitanti delle prestazioni o in ragione della perdita dell'occupazione. Una fortuna di cui spesso siamo inconsapevoli o che diamo per acquisita e che al contrario va preservata proprio in vista dei cambiamenti che verranno.

Una fortuna che in realtà è il frutto delle lotte di tanti uomini e tante donne che, negli anni '70, si sono impegnati per garantirci il diritto alla tutela della salute attraverso un sistema universale, globale e solidale. Un servizio sanitario conquistato proprio da quella generazione di anziani che oggi il Coronavirus sta mettendo a dura prova e si porta via beffardamente. Perché proprio chi ha contribuito a creare un sistema basato in primo luogo sulla prevenzione e sull'assistenza territoriale (all'interno delle comunità in cui vivono le persone) si è trovato a dover affrontare la Covid-19 in solitudine, a casa propria, dentro una struttura residenziale o in una terapia intensiva di un ospedale. Non dobbiamo infatti dimenticare che negli anni Settanta la spinta all'istituzione del Ssn è nata proprio dalla convinzione che la riforma ospedaliera del 1968 non era sufficiente a promuovere la salute e a prevenire la malattia: l'idea forte della 833 è che bisogna intervenire – ovunque possibile – prima che le condizioni di salute si aggravino. Prevenire è meglio che curare, salvo per l'industria della salute che al contrario ha bisogno di malati, veri o immaginari. Ma per ironia della sorte, un sistema sanitario costruito sui pilastri della prevenzione e dell'assistenza territoriale è stato colpito dal Coronavirus proprio nel suo momento di massima debolezza, dopo un riordino dell'assistenza ospedaliera (avviato nel 2012 e definito nel 2015) che ha preceduto, anziché seguire, la qualificazione dell'assistenza distrettuale. E dopo un decennio di riorganizzazioni, riduzioni del personale, piani di rientro, accorpamenti che hanno ridotto all'osso la capacità di risposta del Ssn e hanno allontanato i vertici decisionali dai problemi delle persone. Così, la generazione anziana che aveva lottato per la legge 833 paga oggi – spesso con la vita – gli errori della generazione di adulti che ha voluto, o per lo meno permesso, il progressivo allontanamento del nostro sistema sanitario dal suo impianto originario. Ha permesso che si destrutturasse la principale risorsa su cui si fonda un sistema di servizi alla persona, il personale dipendente, aumentando il ricorso a forme di precariato, intermediazione,

collaborazioni esterne, esternalizzazioni, acquisti da fornitori privati, forme che raramente costano di meno e quasi sempre indeboliscono strutturalmente il sistema di offerta.

Mai come in questo periodo, la sanità pubblica è apparsa a tutti un patrimonio prezioso di cui essere orgogliosi. L'insopportabile ritornello sulla insostenibilità del Ssn è scomparso improvvisamente dal dibattito quotidiano, ma forse purtroppo solo temporaneamente. I tanti esperti che negli anni si sono esercitati a sostenere acriticamente la tesi della «coperta corta» (come se esistessero epoche o sistemi che si possono considerare benedetti dall'abbondanza) si stanno rivelando esperti condizionati da una «visione corta», incapaci di guardare avanti senza inseguire facili luoghi comuni, spesso abusati e per lo più strumentali a favorire soluzioni alternative ai sistemi sanitari universalistici e solidali. La martellante pubblicità delle assicurazioni private di malattia si è dissolta nel nulla nella prima parte del 2020, ma è già pronta a riproporci offerte seducenti in specifici ambiti prestazionali lasciati (colpevolmente) scoperti dal settore pubblico. L'assordante silenzio delle forme integrative di assistenza ha reso evidente il carattere non indispensabile, talvolta persino superfluo, della loro offerta assistenziale, ma sapranno presto riposizionarsi sul mercato alimentando consumismo, inappropriatezza e diseguaglianze fra occupati e non occupati.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (nella versione approvata dal Consiglio dei ministri nel gennaio 2021, ora in discussione in Parlamento¹ non affronta tali temi. Il presidente del Consiglio Draghi nel suo discorso di insediamento² ha pronunciato parole importanti sull'assistenza territoriale ma non si è spinto a delineare la sua idea di sistema sanitario. Difficile interpretare tale silenzio. Forse è un tema che conosce poco e per questo ha preferito tacere, forse ha una idea di sanità almeno in parte diversa da quella qui espressa (e sostenuta anche dal suo ministro della Salute). Sull'orientamento del Governo Draghi rispetto alla sanità pubblica sarà necessario lavorare, produrre evidenze, formare coalizioni, contrastare luoghi comuni, a tutti i livelli.

3. Verso un modello di salute di comunità e nella comunità

Dopo la pandemia i sistemi di welfare devono essere oggetto di un profondo rinnovamento culturale. È necessario che si affermi in maniera compiuta un modello di «salute di comunità e nella comunità».

È necessaria una transizione da un sistema sanitario focalizzato sulla patologia a un sistema centrato sulla salute, che non eroghi solo prestazioni, ma operi per contrastare le malattie, in un'ottica di prevenzione e promozione della salute. È necessario un rinnovamento delle politiche sociali, a lungo relegate al margine delle politiche pubbliche, per accompagnare gli individui lungo l'intero percorso della vita, in particolare nei momenti di fragilità, in modo integrato con il sistema sanitario.

Tutto ciò è indispensabile per aiutare le persone a stare bene, per costruire comunità locali resilienti, per garantire un'assistenza continua e globale, facilmente accessibile e flessibile, capace di prendersi cura delle persone nel contesto in cui vivono, assicurando continuità tra territorio e ospedale, promuovendo un utilizzo appropriato dell'ospedale, favorendo il protagonismo di individui, formazioni sociali e sindacali. Tutto ciò è indispensabile perché è sempre più evidente che la pandemia che stiamo contrastando non è un evento improvviso, inatteso e del tutto eccezionale; è necessario prepararsi a eventi che perdurano nel tempo, che colpiscono anche il mondo sviluppato, che richiedono strategie globali e solide collaborazioni, che poggiano sulla prevenzione e le cure primarie, a dispetto della crescente mercificazione della salute.

In questo contesto, il potenziamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale fa parte di un disegno complessivo e unitario di rinnovamento del sistema sanitario e rappresenta un modo di concepire la sanità che riguarda tutti i livelli di assistenza, compresa l'assistenza ospedaliera, che certamente non va depotenziata, soprattutto nella componente pubblica. In tal senso il superamento degli storici divari nell'offerta ospedaliera (a danno delle popolazioni di alcuni territori, in particolare del Mezzogiorno)

¹ Proposta di Piano nazionale di ripresa e resilienza all'esame del Parlamento, doc. Camera dei Deputati XXVII n. 18 - 15.1.2021, disponibile all'indirizzo internet:

http://documenti.camera.it/_dati/leg18/lavori/documentiparlamentari/Indice ETesti/027/018/INTERO.pdf.

² <https://www.governo.it/it/articolo/le-comunicazioni-del-presidente-draghi-al-senato/16225>.

costituisce un obiettivo da perseguire in sinergia con quello del potenziamento del Distretto, in un'ottica di reciproco rafforzamento.

In questa ottica va censurata ogni affermazione volta a sostenere la necessità di un potenziamento dell'assistenza sociosanitaria territoriale per «preservare le terapie intensive». Il welfare territoriale non è uno strumento per proteggere l'attuale modello di assistenza centrato sull'ospedale; è un altro modello, finalizzato a evitare – per quanto possibile – che le persone si ammalino o si aggravino, a superare il senso di solitudine e di abbandono che troppe persone hanno vissuto nella prima fase della pandemia. È un modello volto a preservare la salute delle persone, che, solo in aggiunta, può avere tra i suoi effetti quello di preservare le specializzazioni ospedaliere da ricoveri impropri.

4. Partire dal welfare sociosanitario territoriale

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

La drammatica lezione della emergenza pandemica ci ha confermato che è indispensabile dare assoluta priorità al potenziamento e alla ristrutturazione dell'assistenza integrata sociosanitaria territoriale, avendo ben presente che la principale risorsa di cui il settore ha bisogno è il personale (Corte dei Conti, 2020). È evidente che il modello che separa sanità da sociale, fondato prevalentemente sul «ricovero», sia in ospedale sia in altre strutture residenziali, come le Rsa, ha mostrato enormi limiti durante la pandemia. Al punto che il Ministro della Salute ha istituito un'apposita Commissione per la riforma dell'Assistenza agli anziani (Decreto del Ministero della Salute, 8.9.2020). È invece diritto e aspirazione di ogni persona vivere e curarsi nel proprio contesto di vita, con il sostegno dei servizi domiciliari e territoriali. Ciò è più efficace e sicuro, a maggior ragione quando la persona è più vulnerabile: anziana e non autosufficiente, con malattie croniche, con problemi di salute mentale, dipendenze e disabilità, con difficoltà legate alla detenzione o allo status di migrante, ecc.

Le ingenti risorse che si renderanno disponibili possono permettere, finalmente, di realizzare questo modello, la cui costruzione è stata storicamente ostacolata non solo dalla mancanza di finanziamenti ma anche dalle molte resistenze culturali e da precisi interessi. Un simile modello presuppone una forte propensione all'innovazione e al cambiamento. Le malattie croniche non trasmissibili, la sofferenza e la disabilità che comportano bisogni protratti e variabili nel tempo, sfidano il modello dominante di assistenza sanitaria e richiedono modelli altamente innovativi capaci di coniugare interventi sanitari e interventi sociali; richiedono inoltre una grande flessibilità nella organizzazione dell'assistenza (come sostiene l'Organizzazione Mondiale della Salute, 2020).

Per questo le risorse vanno indirizzate verso progetti di innovazione del nostro welfare, piuttosto che incanalate nei settori «tradizionali» in cui sinora si sono concentrate. Occorre perciò investire in progetti dedicati a una forte infrastrutturazione dei servizi territoriali, una loro solida organizzazione, ragionevolmente omogenea su tutto il territorio nazionale, una ben più robusta attenzione ai determinanti sociali della salute.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza assume tale modello, affermando con forza il ruolo dell'assistenza territoriale. Particolarmente condivisibili due progetti connessi tra loro: «Casa della comunità e presa in carico della persona» e «Assistenza domiciliare», i cui obiettivi sono la realizzazione di «1 casa ogni 24.500 abitanti» e la presa in carico di 5 milioni di cittadini in Assistenza domiciliare integrata (Adi). Si tratta di obiettivi ambiziosi che esigono precise misure organizzative e importanti dotazioni professionali, la cui realizzazione deve essere attentamente seguita per evitare che ancora una volta il passato condizioni il futuro.

Le riforme previste in accompagnamento degli interventi sono ugualmente condivisibili, in particolare l'impegno a definire, finalmente, standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell'assistenza territoriale, oggi praticamente assenti (importanti anche per il rapporto e la continuità ospedale e territorio) e la scelta di privilegiare un modello di assistenza territoriale di comunità, fondato su strutture e interventi ad alta integrazione socio sanitaria e socioassistenziale ampiamente diffusi nel territorio.

Permangono tuttavia alcune preoccupazioni di fondo, da un lato la mancanza di una visione complessiva degli interventi rivolti alla salute della popolazione (anche solo nella integrazione della Missione Salute con la Missione Inclusione Sociale) e dall'altro nei rischi connessi alla attuazione di interventi che – si afferma – saranno comunque calibrati sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente (con il rischio ad esempio di costruire Case della comunità che resteranno inutilizzate per mancanza di personale).

5. La questione del personale

C'è una lezione che la pandemia ci ha lasciato e che non dovrebbe essere omessa. Riguarda il ruolo fondamentale svolto dal capitale umano in tutti i servizi alla persona e in particolare nel Servizio sanitario nazionale e nei Servizi sociali.

Il welfare è un settore ad alta intensità di lavoro. L'assistenza sociosanitaria non può essere garantita senza un elevato impiego di personale. Il governo dovrebbe avere ben chiaro, a maggior ragione dopo la pandemia, che una delle maggiori criticità dell'attuale Ssn riguarda la disponibilità di personale: serve personale formato, strutturato, motivato, adeguatamente retribuito e in numero sufficiente a garantire i livelli essenziali di assistenza. Dopo oltre un anno di emergenza sanitaria, non possiamo continuare a contare sulla disponibilità di operatori in pensione o di volontari; dobbiamo avere in mente una chiara strategia per dimensionare la dotazione di personale in base alle esigenze della popolazione.

Come noto, il Servizio sanitario nazionale presenta attualmente due problemi rilevanti. Il primo attiene ai vincoli imposti alla spesa e alla dotazione di personale. Il secondo riguarda la programmazione del fabbisogno futuro di personale. Il Ssn non è in condizioni di assumere il personale di cui avrebbe bisogno ma l'allentamento dei vincoli normativi non sarebbe sufficiente perché il personale disponibile sul mercato del lavoro è ormai ridotto al lumicino. I fronti su cui agire sono quindi due: la strutturazione del personale e la formazione di tutte le figure professionali.

Quali le prospettive con il Pnrr? Il Piano non interviene in modo esplicito sulla questione del personale. Vero è che le risorse europee non possono essere utilizzate per colmare le attuali carenze di personale ma è chiaro che la disponibilità di personale è il presupposto necessario per raggiungere ogni obiettivo di ripresa e per rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle emergenze. La consapevolezza di tale priorità avrebbe richiesto un maggiore sviluppo del tema, pur rinviandolo ai provvedimenti conseguenti. Invece il tema resta troppo sullo sfondo, segno di una difficoltà a superare quella cultura che ha fatto della sanità pubblica, e di tutti i servizi pubblici, il principale attacco di chi vorrebbe spingere il welfare italiano verso il mercato, verso un sistema alternativo rispetto a quel Ssn che invece dovrebbe essere preservato e migliorato. Ancora una volta abbiamo l'impressione che si sia spilorci con il welfare pubblico e generosi con il welfare privato.

In realtà, la Missione Salute del Pnrr indica la questione del personale tra i suoi sette obiettivi generali: l'ultimo obiettivo recita: «Rafforzare la compagine del personale sanitario, anche sotto il profilo formativo al fine sviluppare le competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti del Ssn nonché di colmare le carenze relative sia ad alcune figure specialistiche, sia nel campo della medicina generale». Un'affermazione forte, che contiene le importanti espressioni «rafforzare» e «Ssn», ma che è centrata prevalentemente sulla formazione e sulle carenze di specifici professionisti. Una affermazione che potrebbe comunque costituire una guida rispetto alle scelte che il governo dovrà fare in occasione delle prossime leggi di bilancio ma che temiamo possa non essere tenuta in considerazione perché sul personale le «carcasce» che ci portiamo dietro sono ancora pesanti.

In particolare, preoccupa una frase passata quasi inosservata. In premessa, il Pnrr afferma: «Gli interventi saranno calibrati in funzione della possibilità di compensare finanziariamente gli oneri permanenti nell'ambito delle risorse complessive disponibili a legislazione vigente nel Sistema.» Tale precisazione, riportata solo per la sanità e per la scuola, pesa come un macigno sul futuro del nostro sistema. Voluta dal Ministero dell'Economia per scongiurare azioni di spesa incontrollate, è qualcosa di più di una semplice frase di prudenza. Lascia aperta la possibilità di dare attuazione agli interventi sulla base della possibilità di sopportarne gli oneri correnti conseguenti. Ovvero potrebbe incidere sulle priorità con le

quali saranno realizzate le azioni (che cosa si fa prima e che cosa si fa dopo) o addirittura sulla effettiva attuazione di parte del programma. Una discrezionalità molto preoccupante, lasciata nelle mani degli attuatori del Piano.

Va inoltre precisato che, ancorché i fondi europei non possano essere utilizzati per la spesa per il personale, tale regola andrebbe attentamente valutata quando si tratta di progetti «start up», il cui avvio richiede l'impiego di personale per promuovere innovazioni in grado di produrre risultati che nel medio periodo possono rendere sostenibile la prosecuzione delle attività senza la necessità di finanziamenti ad hoc. È il caso ad esempio del potenziamento di alcune forme di assistenza domiciliare, la cui complessità richiede investimenti iniziali particolarmente impegnativi ma che a regime sono in grado di autofinanziarsi.

6. Briciole alla sanità (e al sociale)

Resta infine un'ultima questione. Alla Missione Salute è destinato solo l'8,6% dei fondi del New Generation Eu. Un risultato che potrebbe essere giudicato importante se si pensa che inizialmente era persino messa in discussione la possibilità di assegnare alla sanità parte delle risorse. Un risultato che suona invece uno schiaffo se si pensa alla centralità del sistema sanitario nella ripresa economico sociale e nella tutela della salute delle persone. Poche anche le risorse della Missione 5 Inclusione Sociale riservate (3,83 miliardi) a progetti per Servizi socioassistenziali, disabilità e marginalità, che peraltro dovrebbero armonizzarsi con quelli della Missione 6 Salute.

A questo proposito sono necessari alcuni elementi di conoscenza.

Le risorse disponibili per attenuare l'impatto economico e sociale della pandemia sono, per l'Italia, complessivamente 311 miliardi. A tale cifra si arriva considerando innanzi tutto i fondi provenienti da Next Generation Eu, il più importante strumento di aiuto agli stati destinato a riforme e investimenti da realizzare entro l'anno 2026, al quale si aggiungono altre fonti minori: il React Eu (Recovery Assistance for Cohesion and the Territories of Europe, fondi europei già disponibili nei programmi 2014-2020), i residui dei Fondi strutturali di investimento (Sie) e del Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (Feasr). L'ultima importante fonte di finanziamento è quella derivante dalla programmazione di Bilancio per gli anni 2021-2026, la quale prevede complessivamente 80 miliardi di euro (Commissione europea, 2020b).

Tabella 1 - I fondi disponibili (Pnrr 12/01/2021), miliardi di euro

	Totale mld	Missione Salute mld (%)
React Eu	13	1,71 (13%)
Ng-Eu	210	18,01 (8,6%)
Fondi Sie/Pon	7	-
Feasr	1	-
Progr. Bilancio 2021-26	80	1,01 (1,3%)
Totale	311	20,73 (6,7%)

È bene ricordare che l'accordo raggiunto a dicembre 2020 nel Parlamento europeo (Commissione europea, 2020a) prevede fra l'altro due vincoli di destinazione del Ngeu: almeno il 37% della dotazione deve sostenere la transizione verde e almeno il 20% la trasformazione digitale. Oltre la metà dei fondi del Ngeu è quindi a destinazione vincolata.

Pur nel rispetto delle indicazioni europee, la scelta a favore della Missione Salute ha dell'incredibile. La pandemia ha mostrato quanto fragile, indebolito dai tagli e impreparato fosse il Servizio sanitario italiano e ancor più i servizi sociali. In questi mesi grazie al sacrificio e al senso etico e professionale di chi lavora nel sistema sociosanitario si è potuto rispondere all'emergenza a prezzo di tante sofferenze e tante morti anche tra gli operatori della sanità.

Avevano detto che la pandemia sarebbe stata l'occasione per ripensare a fondo, e rinnovare, la struttura e l'organizzazione del nostro Ssn e avevano detto: mai più tagli.

Avevano detto che andava rafforzata la prima linea, quella della prevenzione, delle cure primarie, dell'integrazione tra sociale e sanitario, quella linea che si era subito sfaldata nella prima ondata e che non è stata rafforzata in vista della seconda.

Avevano detto che era prioritaria la ricerca finalizzata indipendente, e che la priorità era la risorsa umana, la formazione di una nuova generazione di personale infermieristico e di medici specialisti.

Avevano dichiarato che per fare tutto ciò ci sarebbero stati anche i 37 miliardi del Mes. Poi ci è stato detto che i soldi del Mes non servivano, perché c'erano quelli del Recovery Fund. E invece ai progetti per la Salute sono state riservate le briciole.

Si tratta comunque di una cifra imponente, che la sanità deve saper spendere bene anche perché da questo dipende la possibilità di rivendicare e ottenere maggiori risorse nel bilancio dello Stato, per le spese correnti.

Per spendere bene sarebbe necessario fra l'altro prevedere un ampliamento (o almeno una rivisitazione) del progetto «Ammodernamento parco tecnologico degli ospedali» (attualmente 3,4 miliardi) e del progetto «Ospedali» (attualmente 5,5 miliardi), i quali prevedono misure riferite alla sicurezza e alla qualità dei luoghi delle cure: tali interventi dovrebbero essere estesi anche all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale delle strutture distrettuali e della prevenzione. Vero è che la dotazione di risorse è comunque esigua rispetto anche solo alle necessità degli ospedali, ma è necessario ristrutturare, rendere accoglienti e sicure anche tutte le strutture territoriali, dai consultori ai centri di salute mentale, attraverso un insieme di micro interventi che avrebbero fra l'altro il grande pregio di produrre occupazione diffusa a livello locale e rendere immediatamente visibile il percorso di ammodernamento auspicato.

Concludiamo ricordando che il rischio di sprecare finanziamenti è altissimo, anche realizzando strutture che poi, in assenza di personale (in primo luogo infermieri) non potranno essere messe in funzione o verranno appaltate all'esterno. Il rischio di cambiamenti solo sulla carta è altissimo. Ma non possiamo permetterci di sprecare una occasione che non si ripresenterà mai più in questo secolo. Il lavoro di stimolo e monitoraggio della società civile e delle organizzazioni sindacali sarà a tal fine fondamentale.

Riferimenti bibliografici – Sitografia

Commissione europea, 2020a, *Domande e risposte sull'adozione del bilancio a lungo termine Ue 2021-2027*.

Commissione europea, 2020b, *Piano per la ripresa dell'Europa*.

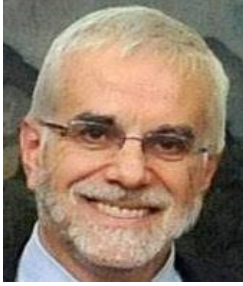
Corte dei Conti, 2020, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica* (in specie par. 39, pp. 22-23).

Sos Sanità, 2020, *Finanziamenti europei per la ripresa: usarli bene. Priorità assistenza sociale e sanitaria territoriale*, Appello della Coalizione, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.sossanita.org/wp-content/uploads/2020/11/APPELLO-FONDI-UE-SOCIOSAN-TERRITORIO-def-14.pdf>.

Sos Sanità, 2021, *PNRR: il ritocco non convince*, Comunicato gennaio 2021, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.sossanita.org/archives/12391>.

Who, 2020, *Covid-19 Strategic Preparedness and Response Plan, Operational Planning Guidelines to Support Country Preparedness and Response* (in specie cap. 2).

Articolo pubblicato nel n. 4 2020 de la Rivista delle Politiche Sociali
<https://www.ediesseonline.it/riflessioni-sullemergenza-e-oltre/>



Stefano Cecconi, sindacalista, lavora presso l'Area Welfare della Cgil nazionale. È stato segretario generale della Camera del Lavoro di Padova e segretario confederale della Cgil Veneto. È direttore di Rps La Rivista delle Politiche Sociali.



Nerina Dirindin è docente di Scienza delle finanze ed Economia e organizzazione dei sistemi di welfare all'Università di Torino. Oltre a esperienze di rilievo al servizio delle istituzioni pubbliche è fra i promotori del progetto nazionale «Illuminiamo la salute» e dell'associazione «Salute diritto fondamentale» ed è membro del comitato scientifico di Rps La Rivista delle Politiche Sociali.