

Introduzione

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

RPS

1. Premessa

Il numero 1 del 2025 di RPS, che qui presentiamo, è strettamente correlato al numero 3 del 2024 (l'ultimo in ordine di pubblicazione) rispetto al quale propone un ampliamento della tematica e in certa misura una risposta. Alla domanda su dove sta andando il lavoro nel Ssn (*Quo Vadis? Il lavoro nel sistema sanitario italiano tra pubblico e privato*) si tenta di rispondere portando l'attenzione sul potenziamento dei servizi territoriali e sulle opportunità/criticità che da esso derivano. Continuando ad utilizzare una locuzione latina, si potrebbe affermare *hic manebimus optime* cioè «qui staremo benissimo», ammesso che si voglia effettivamente percorrere la strada della crescita e di una nuova strutturazione del Ssn secondo il dettato del d.m. n. 77 emanato nel maggio 2022. Come è noto, tale norma, «recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale», è il risultato del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), finanziato grazie al programma dell'Unione europea «Next generation Europe», di cui costituisce uno degli assi principali nell'ambito della salute.

Il Pnrr ha destinato alla Missione salute 15,63 miliardi di euro (pari all'8,16% dell'importo totale) per sostenere riforme e investimenti da realizzare entro il 2026. Complessivamente, però, le risorse straordinarie per il rinnovamento della sanità pubblica italiana superano i 20 miliardi di euro poiché va incluso il finanziamento messo in campo con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al Pnrr (Pnc), che destina alla salute ulteriori 2,89 miliardi di euro. Si tratta di una cifra considerevole che è finalizzata a (come si legge sul sito del Ministero della Salute): adeguare il nostro Ssn a un mutato contesto demografico ed epidemiologico; garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socio-economiche; rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera; rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud; sfruttare appieno le opportunità

di miglioramento dell'offerta di salute derivanti dall'impiego dell'innovazione tecnologica, dall'avanzamento della ricerca in campo medico e dalla valorizzazione del personale del Ssn. Di conseguenza, gli interventi della Missione salute si dividono in due aree principali: 1. innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Ssn, investire in ricerca e formazione del personale sanitario per una sanità *più sicura, equa e sostenibile*; 2. ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una sanità che sia *vicina e prossima alle persone*. Di quest'ultimo punto il d.m. n. 77/2022 costituisce l'asse portante.

Stante questo quadro normativo e finanziario, innovare il sistema sanitario pubblico, dopo la crisi pandemica, sembrerebbe non solo auspicabile, ma concretamente possibile. Tuttavia, come è stato sottolineato nel dibattito che ha fatto seguito alla emanazione della norma (Vicarelli, 2022; Pesaresi, 2022; Fondazione Gimbe, 2023), la realizzazione del nuovo sistema dei servizi territoriali risente della finalizzazione delle risorse all'adeguamento delle strutture immobiliari e tecnologiche delle Aziende sanitarie locali (Asl) (certamente carenti) e della minore attenzione al finanziamento del personale necessario al loro funzionamento. Rispetto a tale punto si scontano lacune in termini di reperibilità e formazione adeguata delle figure professionali individuate, nonché di disponibilità a rivedere le forme organizzative del proprio lavoro da chi già è inserito nel sistema sanitario pubblico, ad esempio i medici di medicina generale (Mmg) in merito alle Case della comunità (Cdc).

Con questo numero di RPS, dunque, si intende affrontare il problema della concreta realizzazione del Piano delle cure territoriali disegnato dal d.m. n. 77/2022 sottolineando alcuni punti cruciali e per certi versi strategici: il ruolo presente e futuro dei Mmg; la collocazione e le mansioni degli infermieri di famiglia e di comunità (Ifec); l'impegno del personale che si occupa della salute mentale e quello che fa fronte alle crescenti patologie croniche. Rispetto ad ognuna di queste prospettive si delineano possibili modalità innovative, alcune suggerite dall'esperienza pandemica (come le Usca), altre dall'attivazione dei cittadini e dei caregiver in collaborazione con il personale della salute territoriale (come il Flss).

2. Potenzialità e criticità per il rinnovamento

Come sostiene Giovanna Vicarelli nel suo contributo, appare difficile decidere una volta per tutte se sia meglio per i pazienti continuare ad avere

un Mmg libero professionista convenzionato o un Mmg dipendente del Ssn. Sembrerebbe, invece, maggiormente significativo rivedere i percorsi formativi della Medicina generale e modificare radicalmente l'organizzazione della sanità a livello territoriale: una generalizzazione delle Cdc e una maggiore presenza di Mmg potrebbero portare nuova linfa universalistica al Ssn. Sicuramente, guardando all'attuale modalità di lavoro dei Mmg, va messo in evidenza come i contesti lavorativi, le relazioni interprofessionali e terapeutiche si siano trasformate in modo peggiorativo per la diminuzione dei Mmg, l'aumento del carico di lavoro, la carenza di collaborazioni professionali (interne ed esterne), nonché a seguito di un difficile rapporto con i cittadini utenti. Tuttavia «occorrerebbe considerare quanto i vantaggi per lo Stato e le Regioni in termini di controllo diretto sulle loro attività potranno dare risultati maggiori di quelli derivanti dall'attuale distribuzione/diffusione territoriale dei Mmg anche nelle aree disagiate, il rapporto di fiducia che resta ancora ampio almeno per certe fasce di utenza, la continuità di cure che essi garantiscono nel corso di vita dei pazienti e in riferimento all'intero nucleo domestico, i risultati in termini di efficacia e di efficienza che derivano dalle forme di "medicina di iniziativa" laddove vengono utilizzate». Un approccio più fecondo sarebbe quello di affrontare complessivamente le problematiche del lavoro medico oggi nel nostro paese, andando alla ricerca di nuove modalità che consentano di conciliare autonomia clinica e gestionale degli operatori della salute con le necessità di funzionamento del sistema sanitario: si pongono così «tra pura autonomia e pura dipendenza burocratica le proposte del professionalismo ibrido che tentano di incrociare modalità innovative di libertà professionale entro contesti organizzativi complessi». Rimane, comunque, un nodo fondamentale da sciogliere, conclude Giovanna Vicarelli, cioè la necessità di condividere pienamente fra attori professionali, dirigenza pubblica e classe politica la necessità di un riorientamento del Ssn per scongiurarne innanzitutto il depotenziamento e promuoverne piuttosto la cifra universalistica ed inclusiva.

Nel segno dell'innovazione professionale e dei servizi si muove anche la creazione e l'implementazione della figura dell'Ifec. Previsto inizialmente dal decreto-legge n. 34/2020, con funzioni direttamente connesse all'emergenza pandemica, nel d.m. n. 77/2022 esso appare una figura chiave delle nuove cure primarie e della riorganizzazione dell'assistenza territoriale. L'Ifec – come scrive Stefano Neri nel suo contributo – appare coerente con lo spostamento graduale delle priorità di policy dalla terapia, cura e riabilitazione alla prevenzione e alla promozione dei comportamenti e stili di vita orientati alla salute e al benessere psico-fisico. A ciò

RPS

Ugo Ascoti e Giovanna Vicarelli

si accompagna un orientamento teso a rafforzare il ruolo dell'assistenza territoriale e domiciliare rispetto a quella ospedaliera. Rafforzamento, reso più agevole dalle innovazioni tecnologiche, ma finalizzato al governo delle patologie croniche, prevalenti da decenni rispetto alle patologie acute, per quanto queste ultime stiano conoscendo una nuova diffusione a livello globale con la ripresa delle epidemie originate da malattie infettive. D'altronde, la riorganizzazione dei servizi, indotta da tali trasformazioni include la diffusione progressiva di modelli multiprofessionali di assistenza, che valorizzino le figure non mediche, riconoscendone e rafforzandone la piena professionalizzazione nelle funzioni e responsabilità autonome. Nonostante che l'istituzione dell'Ifec sia del tutto recente, la sua prima ideazione ha una lunga storia che si dipana tra esperienze internazionali e regionali diverse che incidono tanto nella sua formazione quanto nel suo utilizzo all'interno del ridisegno dell'assistenza territoriale. Adottando l'approccio della sociologia delle professioni, l'autore afferma che l'Ifec si inserisce a pieno titolo nell'evoluzione in corso della professione infermieristica in Italia. «Dopo l'acquisizione di una vera e propria regolazione basata sugli ordini professionali nel 2018, essa appare proiettata ad una ridefinizione delle proprie competenze e attività che rafforzino il proprio ruolo nella divisione del lavoro sanitario e il proprio status di professione. Ciò avviene ampliando la propria giurisdizione professionale ad un nuovo ambito di attività, quello della prevenzione individuale e collettiva, e consolidando la propria presenza in un *setting* assistenziale, quello del territorio e delle cure primarie, che potrebbe essere d'ora in poi presidiato con forza dalla professione. Facendo questo, la categoria accetta di affidare una parte delle proprie funzioni assistenziali di minore complessità alla nuova figura dell'assistente infermieristico».

Tra le innovazioni spinte dalla pandemia va posta anche l'istituzione, nel 2020, di specifiche organizzazioni temporanee, cioè le Unità speciali di continuità assistenziale (Usca). Come mettono in evidenza Micol Bronzini e Roberto Lusardi «le Usca rappresentano una sperimentazione innovativa di un modello di continuità assistenziale territoriale, nonché, limitatamente ad alcune buone pratiche, di integrazione sociosanitaria». Inizialmente si tratta di squadre di solo personale sanitario (in genere medici e infermieri o solo medici) che durante la pandemia hanno curato e assistito i malati di Covid-19 a domicilio, coordinando il loro intervento con i Mmg. Tuttavia, in seguito, il quadro si allarga: ne possono far parte anche medici di specialistica ambulatoriale, infermieri di famiglia e di comunità così come assistenti sociali. In tal modo, sin dall'inizio, si è di fronte ad una vera e propria innovazione destinata a lasciare un segno: un

«laboratorio» di innovazione istituzionale/organizzativa/professionale non solo sul piano della continuità delle cure, ma anche rispetto all'annosa questione dell'integrazione sociosanitaria. Come è stato rilevato da più parti l'attivazione ed il funzionamento delle Usca, demandati alle Regioni, hanno visto profonde differenziazioni a livello territoriale, talvolta con andamenti inferiori alle attese, ma la flessibilità operativa e la duttilità organizzativa di tale organizzazione hanno consentito di conseguire pressoché ovunque risultati degni di nota. Volendo aderire alla tipologia della letteratura internazionale, le Usca rientrerebbero, secondo gli autori, tra «le organizzazioni effimere “usa e getta”, in cui sia la struttura sia gli attori sono concepiti come temporanei». Occorre evidenziare come alla base del loro buon funzionamento stia il rapido diffondersi di legami fiduciosi tra gli operatori: «la rapidità nella costruzione di fiducia operativa è stata favorita dal condividere un alto rischio personale, insito nelle attività da svolgere, rispetto al quale il fidarsi del collega costituiva un prerequisito per l'azione, ma anche dal percepirsi “tra pari” e da un certo “isolamento” da influenze esterne. Anche i possibili conflitti (di ruolo e non solo) – scrivono ancora i due autori – erano minimizzati alla luce della giovane età media dei partecipanti, che per lo più non avevano esperienze pregresse né un'altra appartenenza organizzativa; la straordinarietà del momento ha allentato (almeno temporaneamente) le gerarchie formali e funzionali abituali, permettendo la sperimentazione di modalità comunicative inedite, come quelle attraverso le piattaforme social e di *instant messaging*, per facilitare la condivisione delle conoscenze, il coordinamento operativo e il supporto psicologico e morale tra pari». Riguardo ai principali lasciti di tale esperienza, essi vanno ricercati, in primo luogo, nei processi di apprendimento individuale di ciascun componente delle Usca e ciò ha costituito un dato assai significativo per l'inserimento in altri contesti lavorativi; secondariamente, il fatto che il modello organizzativo è stato istituzionalizzato poi nel d.m. n. 77/2022, con la previsione delle Unità di continuità assistenziale (Uca); infine, un aspetto decisamente cruciale per il futuro del Servizio sanitario nazionale, è stata «l'inedita esperienza di integrazione di servizi e professionisti territoriali per la gestione condivisa dei casi, al di fuori dei confini gerarchici delle loro strutture organizzative di afferenza». Nel complesso, va evidenziato come il Ssn abbia saputo predisporre una innovazione organizzativa, a livello territoriale, davvero significativa, proponendo una esperienza che può essere replicata (ed anche migliorata) in occasione di altre possibili emergenze.

Guardando al sistema territoriale delle cure, non v'è dubbio come esso sia stato influenzato dalla cosiddetta riforma Basaglia introdotta nel 1978.

RPS

Ugo Ascoti e Giovanna Vicarelli

Prendere, dunque, in considerazione il dibattito pubblico sulle condizioni di lavoro degli operatori della salute mentale appare un esercizio assai utile per mettere in evidenza luci ed ombre di un comparto del welfare così delicato; ed è esattamente ciò che fa Luca Negrognò nel suo contributo. L'autore propone un'analisi qualitativa sugli articoli divulgativi pubblicati nell'anno del centenario basagliano; in tal modo arriva ad individuare quattro strategie argomentative (Macroaree) tra le più frequentemente utilizzate per descrivere lo stato attuale del lavoro nei servizi di salute mentale: l'insostenibilità del sistema, le buone prassi, l'eredità e le contraddizioni istituzionali. Nell'ambito della prima Macroarea si parte dall'idea che la scarsità di risorse possa avere una influenza negativa sulle condizioni di lavoro del personale anche se, a tutt'oggi, «non esiste consenso scientifico su questo tipo di argomentazioni. La ricerca ha piuttosto sottolineato l'impossibilità di definire, con i dati di cui disponiamo, la relazione tra risorse, organizzazioni e prassi». In realtà, alcuni sottolineano come i modelli operativi differiscano in modo rilevante nei diversi contesti, ma ciò sarebbe piuttosto da ascrivere in gran parte agli «assunti di partenza» che non alla carenza di risorse. I risultati più significativi della ricerca recente dimostrerebbero piuttosto come la scarsità di risorse vada a modificare la cultura del personale e delle organizzazioni. «Oltre una certa soglia il servizio è costretto a riposizionarsi: tenderà a spostare i casi più complessi verso servizi in grado di gestire i pazienti a tempo pieno (Reparti ospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura, Residenze terapeutiche e riabilitative) allontanandoli dalla vita sociale e, in qualche modo, liberandosene». Di fatto ciò comporta cambiamenti nel cosiddetto paradigma psichiatrico per cui a nulla approderebbe un aumento delle risorse disponibili. Passando alla seconda Macroarea (le buone prassi) occorre senz'altro prendere in considerazione come sia stato applicato il modello della *recovery*, che è stato assunto dalla pratica riabilitativa per sostanziare gli aspetti non-medici della *mental health*. Un processo adattivo e non conflittuale con l'egemonia del modello neurobiologico, il cui intento è quello di enfatizzare i servizi territoriali. Le ricerche hanno mostrato, in tale direzione, anche usi distorti della *recovery*, magari per «giustificare la riduzione dei servizi, favorendo solo i pazienti più collaborativi e trascurando quelli con maggiori difficoltà». Occorrerà, quindi, sviluppare ulteriormente la mappatura delle buone pratiche, soprattutto nell'interazione fra servizi e ambiente, per comprendere appieno l'uso dei diversi modelli di intervento, la loro efficacia per il tessuto sociale e le ricadute sulle condizioni di lavoro. Per quanto concerne la terza Macroarea (l'Eredità basagliana) l'autore osserva come «le dimensioni critiche dei servizi si legano con questioni stratificate

nel dibattito sviluppatosi nella fase di approvazione della legge 180 e nei due decenni successivi». Le questioni affrontate, dall'antipsichiatria alla scientificità delle nozioni di malattia mentale, non appaiono in grado di offrire spunti significativi per azioni volte a migliorare l'efficacia dei servizi e del lavoro professionale: saremmo, invece, in presenza di posizionamenti politici e identitari. Prendendo in considerazione, infine, la quarta Macroarea (le Contraddizioni istituzionali), l'autore mette in evidenza come il malessere del personale vada messo in correlazione con cambiamenti culturali significativi del contesto societario: «di fronte al disagio di persone con comportamenti aggressivi, situazioni complesse e multiproblematicità stratificate, cresce la disaffezione ai valori del sistema pubblico di salute mentale». Al centro va poi posto il rapporto tra psichiatria e sistema penale: in presenza di una visione lineare della causalità nei comportamenti si assiste sempre più a «richieste di sicurezza a discapito di gruppi sociali stigmatizzati, con una conseguente regressione culturale; le autorità giudiziarie tendono ad imporre controlli preventivi tramite cure mediche per evitare violenza o devianze; gli operatori si sentono così svuotati del loro ruolo e ridotti a meri esecutori sotto la pressione dei protocolli, della burocrazia e delle richieste di gestire i rischi». L'insieme delle argomentazioni di Luca Negrognò sta a dimostrare quanto sia frastagliato il campo sotto osservazione e come si declini in modo assolutamente differenziato nei vari territori l'intreccio fra volume di risorse a disposizione, prassi organizzative, eredità del passato e rapporti fra servizi ed altre istituzioni chiamate in causa: il tutto con forti ripercussioni sul lavoro degli operatori sanitari e sociali.

Sull'intreccio tra servizi territoriali e domiciliarità si pone il contributo di Maria Teresa Medi che sposta l'attenzione su una «buona pratica», il *Family learning* socio sanitario (Flss), tesa a rispondere in modo innovativo ai mutamenti dello scenario epidemiologico, demografico e sociale, in particolare la diffusione delle malattie croniche e l'allungamento della vita. Il ricorso al domicilio, come luogo di cura nella cronicità, comporta l'implicazione dei pazienti e dei familiari nei percorsi di assistenza, il che rende necessario ricomporre il rapporto fra i saperi scientifici e i saperi esperienziali, fra le cure formali e le cure informali. Come scrive l'autrice, il lavoro di cura nella cronicità ha bisogno di una presa in carico forte che tenga conto della dimensione biopsicosociale della malattia, mentre i modelli organizzativi in sanità rimangono ancora fortemente ancorati a modelli d'intervento ospedalocentrici a discapito delle cure primarie. Questo disallineamento fra domanda e offerta di cure mette in sofferenza anche i professionisti dei servizi sanitari che sentono, spesso, di perdere la

RPS

Ugo Ascoti e Giovanna Vicarelli

specificità del loro ruolo professionale e una effettiva capacità di presa in carico del malato. Se, infatti, le famiglie sono sempre più sofferenti, per mancanza di soggetti e di risorse, d'altra parte i nuovi modelli aziendali della sanità pubblica e la forte tecnicizzazione delle pratiche cliniche influiscono sull'azione medica, sempre più improntata sulla prestazione più che sulla capacità di «prendersi cura» dei pazienti. Inoltre, anche nella sanità assistiamo alla riduzione delle risorse umane e alla scarsità delle risorse economiche investite nel settore. Da una parte, quindi, le famiglie si sentono poco ascoltate, isolate e caricate di gravosi oneri assistenziali ed emozionali, dall'altra parte i professionisti avvertono, oltre alla pressione dei pazienti e dei familiari, la pressione delle organizzazioni in cui operano. In qualche modo si può affermare – secondo quanto scrive l'autrice – che l'affanno che vivono i familiari e i professionisti dei servizi sociosanitari, per il sovraccarico che comporta il lavoro di cura, espone entrambi a forti forme di stress come il «caregiver burden» e il «burnout». In tale prospettiva il Flss si pone come uno strumento innovativo di Educazione terapeutica dei pazienti (Etp) che permette, tramite un percorso formativo ad hoc, di riunire operatori e famiglie per una presa in carico, efficace e relazionale, da parte di entrambi, così da rispondere realmente (e non solo ideologicamente) al principio di porre il paziente cronico al centro dell'attenzione e della cura. Si tratta, in altri termini, di una formazione (basata su 8-10 incontri) dei pazienti che, assieme ai propri caregiver, vedono gli operatori e gli specialisti della patologia di cui soffrono, in un contesto non sanitario (un luogo fuori dall'ospedale e dagli ambulatori medici) e con modalità fortemente relazionali volte, cioè, più a rispondere alle domande degli utenti che alla trasmissione, in modo asettico, di nozioni sulla malattia. L'obbiettivo è quello di rafforzare l'apprendimento delle famiglie e degli stessi malati (laddove è possibile) sulle conoscenze e sulle prassi utili per affrontare, a casa, le risposte quotidiane necessarie ai bisogni di salute (in termini ad esempio di dieta, di strutturazione dell'ambiente domestico, di piccoli esercizi fisici ecc.). L'apprendimento in gruppo (10-15 pazienti e familiari al massimo) facilita l'acquisizione di ciò che si può fare in risposta alla malattia, alleviando anche lo stress e l'isolamento di chi si trova ad affrontare (spesso in solitudine) patologie lunghe e croniche.

Il contributo conclusivo di Gambardella e Crescentini chiude il cerchio della riflessione sul lavoro in sanità che è stato avviato con il n. 3/2024 di RPS. Si torna, infatti, a ragionare sulla scelta della professione medica in una fase di disaffezione verso questa specifica attività. Il dibattito relativo alle trasformazioni emergenti nel processo di professionalizzazione

medica e al possibile declino della dominanza professionale individua nella formazione dei futuri medici un nodo cruciale, in quanto una delle aree di interesse su cui la professione esercita il proprio controllo. I temi sollevati in questo contributo (sebbene limitati quanto alla portata delle evidenze empiriche) mostrano alcune criticità che rischiano di generare effetti nefasti sulla tenuta del Ssn in un orizzonte di medio-lungo periodo. Uno degli elementi più rilevanti – sottolineato dalle autrici – va ricercato nel disallineamento tra i fabbisogni di medici specialistici e il numero di laureati in Medicina. Tale scostamento non solo chiama in causa il tema degli accessi programmati ai corsi di laurea in Medicina (non risolto dalle norme appena emanate del governo), ma solleva questioni inerenti sia alla metodologia di calcolo del fabbisogno, sia alla disponibilità dei dati su cui costruire previsioni attendibili. I dati presentati nel contributo evidenziano le difficoltà ad assicurare la copertura dei posti a bando nelle scuole di specializzazione e a frenare il passaggio, in itinere, da una specialità. Difficoltà che, laddove risolte nello scenario più favorevole, lascerebbero comunque aperto il problema della carenza di medici specialisti nel Ssn nel breve periodo. Vanno poi considerate le aspirazioni dei futuri medici intervistati che, in larga parte (54%), manifestano interesse per una carriera all'estero o si dichiarano propensi ad intraprendere la propria carriera nel privato (40%), ad ulteriore conferma della scarsa attrattività che esercita il settore pubblico con le sue poco competitive condizioni di lavoro. Inoltre, il disorientamento manifestato da una quota significativa dei rispondenti alla ricerca, in merito alla scelta della specializzazione da intraprendere, evidenzia la mancanza di una visione sistemica dell'orientamento e del supporto che l'istituzione formativa dovrebbe garantire agli studenti. Tale lacuna assume particolare rilevanza, non solo in termini di equità e accessibilità del percorso di formazione, ma anche nella prospettiva di una razionalizzazione dell'investimento formativo e di una riduzione del peso di abbandoni e trasferimenti, che nell'attuale sistema di valutazione universitario costituiscono indicatori di un certo rilievo. Infine, la tendenza manifestata dai rispondenti ad evitare alcune specializzazioni identificate come aree critiche di fabbisogno per il sistema sanitario, prima tra tutte la Medicina d'urgenza, solleva serie preoccupazioni circa la possibilità di un futuro riallineamento tra aspirazioni individuali e necessità collettive. Questa dinamica conferma l'esistenza di una falla nel controllo sulla formazione medica e sulla pianificazione della forza lavoro sanitaria. In termini più generali, i dati suggeriscono una crescente tendenza di segmentazione nelle preferenze di carriera, con una polarizzazione tra scelte tradizionali ad alta

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

competitività (es. Cardiologia, Neurologia, Pediatria) e specializzazioni meno attrattive (es. Medicina d'emergenza-urgenza), nonostante il fabbisogno critico espresso dal sistema sanitario. Tale discrepanza può essere interpretata alla luce delle tensioni tra vocazione medica, percezione della qualità della vita lavorativa e condizioni strutturali di accesso alla professione, secondo un'ottica di analisi che merita altri studi e approfondimenti, ma anche interventi di policy adeguati e mirati.

3. *Quale futuro per i sistemi di welfare?*

Rispetto al precedente volume di RPS è possibile individuare un ulteriore legame che rende ancor più stretta la relazione tra i due numeri e che riguarda il futuro dei sistemi sociali in Europa e in Italia.

Nel volume 3/2024, in un articolo che riassume la tesi principale del loro ultimo libro (*Who's afraid of the welfare state now?*), Hemerijck e Matsaganis sostengono che non stiamo più vivendo sotto il segno dell'austerità, né sotto quello della sfiducia nello Stato sociale al punto che «con una piccola dose di iperbole si potrebbe concludere che il welfare europeo gode oggi di ottima salute». A partire dalla constatazione che non è affatto vero che più spesa sociale significhi meno profittabilità e meno dinamismo economico, nel libro si porta l'attenzione sulla svolta sociale che, in Europa, ha fatto seguito alla crisi finanziaria del 2008 e che ha reso i sistemi di welfare più forti, pur con evidenti differenze tra paese e paese. Il Fondo europeo per la ripresa e la resilienza, di cui l'Italia è il maggior beneficiario in termini assoluti (e la Grecia in termini relativi), va annoverato tra i provvedimenti di tale svolta che è finalizzata ad affrontare sfide conosciute (invecchiamento demografico, gestione dei flussi migratori ecc.), sfide emergenti (crisi climatica e transizione verde) e sfide future legate, ad esempio, alle nuove tensioni geopolitiche e ai bisogni di difesa europei. In questa direzione, Hemerijck e Matsaganis si dicono fiduciosi che il modello europeo, con la sua capacità unica al mondo di coniugare coesione sociale, prosperità economica e libertà politica, sarà in grado di resistere alle tensioni in atto, ammesso che continui ad esprimere modalità adattive e trasformative (Hemerijck e Matsaganis, 2024).

Meno fiduciosi, ma pur sempre ottimisti sul futuro appaiono altri studiosi dei sistemi di Welfare come Ferrera, Mirò e Ronchi che, sempre nel 2024, hanno pubblicato un volume dal titolo *Social Reformism 2.0: Work, Welfare and Progressive Politics in the 21st Century*. Gli autori sosten-

gono che le numerose crisi degli ultimi quindici anni hanno generato, o meglio esacerbato, il disallineamento tra mercato e welfare, tecnocrazia e democrazia in Europa. Senza grandi riforme istituzionali, l'Unione europea potrebbe cessare di essere una soluzione e diventare un problema, cioè un cuneo che aggrava ulteriormente la rottura tra queste dimensioni. Di conseguenza, secondo gli autori, l'Unione economica e monetaria (Uem) dovrebbe essere efficacemente completata da un'Unione eco-sociale europea (Ues) in grado di mitigare e assorbire le esternalità negative dell'Uem stessa. La missione principale dell'Ues sarebbe quella di guidare lo sviluppo sostanziale dei sistemi di welfare nazionali tramite standard e obiettivi eco-sociali generali, lasciando modi e mezzi di politica sociale agli Stati membri. Allo stesso tempo – e questa è l'importante innovazione – gli stati sociali nazionali dovrebbero assumersi l'impegno di sostenere forme di solidarietà tangibile tra loro come entità collettive, riconoscendo che in un'Europa che si integra la protezione sociale (e gli obiettivi normativi sottostanti di «solidarietà», «giustizia sociale» e «giusta transizione») ha almeno tre dimensioni distinte: nazionale, transnazionale e sovranazionale (una quarta dimensione può essere quella subnazionale, che diventa necessaria per l'erogazione di servizi di qualità, adattati sulla base delle esigenze locali). Una nuova fase di politica progressista è, dunque, necessaria secondo gli autori. Infatti, pericolose tendenze illiberali all'interno dell'Unione europea metterebbero in discussione alcuni dei fondamenti del costituzionalismo moderno: la separazione dei poteri, l'uguaglianza davanti alla legge e limiti ben definiti e codificati al potere esecutivo discrezionale. L'Unione europea, sempre secondo Ferrera e colleghi, sarebbe dotata di risorse sufficienti per contrastare l'illiberalismo con la stessa fermezza con cui contrasta gli aiuti statali e i monopoli. È giunto il momento, quindi, di attivare queste risorse, sapendo che occorre un'azione mirata e lungimirante, guidata da un mix equilibrato di ambiziose convinzioni normative e responsabilità pragmatiche (Ferrera, Mirò e Ronchi, 2024). Non mancano, peraltro, visioni più pessimistiche secondo cui il welfare in Europa sarebbe in grave difficoltà: le guerre e i conflitti si confermano come i principali strumenti per affrontare problemi e controversie internazionali; gli arsenali atomici si dotano di strumenti di distruzione sempre più sofisticati; è partita una corsa agli armamenti che appare inarrestabile e che non potrà non avere riflessi importanti sugli equilibri economici e sociali dei diversi contesti europei ed extraeuropei; autorevoli leader politici delle democrazie occidentali lanciano messaggi drammatici: meno spesa per il welfare, più spesa per le armi.

RPS

Ugo Ascoli e Giovanna Vicarelli

D'altro canto, la crisi del commercio internazionale, innescata dal Presidente degli Usa, indebolirà le economie occidentali (e non solo) con la possibilità che diminuiscano in modo consistente le risorse disponibili per i sistemi di welfare, proprio quando gli squilibri sociali prodotti dalla globalizzazione potrebbero renderle più necessarie.

Rispetto, quindi, a tali possibili scenari occorre chiedersi quale ruolo giocherà l'Italia e su quali basi concettuali ed operative, adattive e trasformative, sosterrà o meno il proprio sistema di welfare. Non v'è dubbio che per paesi con alto livello di debito pubblico aumentare la spesa per gli armamenti senza tagliare sul welfare si rivela un percorso assai stretto e irto di ostacoli: la scelta obbligata in tal caso sembrerebbe quella di un recupero importante di risorse tramite un più efficace contrasto dell'evasione fiscale, una rivisitazione delle modalità di tassazione nell'ottica di una effettiva progressività, una forte azione di denuncia per l'eliminazione dei «paradisi fiscali» europei, prelievi sugli extraprofitti di talune aree economiche; accanto a ciò si renderebbe necessario un impiego massiccio e diffuso in tutte le Regioni di quanto viene messo a disposizione dai Fondi europei per le politiche sociali.

Il Ssn e l'istruzione rappresentano, come è noto, gli architravi su cui si regge il nostro sistema di welfare e verso cui prioritaria dovrebbe mostrarsi l'attenzione della politica. Continuare, invece, a defanziare il primo, mettendone in seria discussione la sua cifra universalistica e non cogliere la necessità di un suo adattamento alle principali sfide demografiche, epidemiologiche e tecnologiche in atto, equivale di fatto a promuovere una redistribuzione di segno regressivo, dove i diritti di cittadinanza verranno progressivamente circoscritti ai ceti medi ed alti o solo alle élites. Occorre, invece, una svolta radicale da imprimere alle politiche per la salute, con scelte lungimiranti volte ad affrontare per tempo la gravità dei rischi sociali e a mettere in atto scelte di politica pubblica atte a ridurre il manifestarsi di scenari preoccupanti: ciò non può non prevedere una promozione a tutto campo di diffuse e continue attività di prevenzione, una rete efficace di servizi sul territorio, così come una maggiore capacità di dialogo e di ascolto con gli utenti e le loro famiglie.

Parliamo allora della necessità di un «Welfare precauzionale», «con il duplice obiettivo di ridurre la probabilità che l'evento negativo si verifichi e soprattutto che, nel caso si verifichi, i danni siano minori. Cruciale è, al riguardo, la velocità di attuazione e l'efficacia delle misure di contrasto. La precauzione consiste essenzialmente nel predisporre misure in grado di assicurare questo risultato» (Franzini, 2022, pp. 75-76) anche e soprattutto in situazioni incerte (Donati, 2020). Parlare di logica

precauzionale nel nostro caso significa innanzitutto predisporre Piani nazionali volti ad affrontare eventuali future pandemie e crisi, da aggiornare continuamente; agire in modo importante nel campo della prevenzione, anche tramite campagne diffuse di informazione; rivedere in tal senso i curricula formativi del personale medico e infermieristico; velocizzare i processi di validazione di nuovi farmaci; preoccuparsi della qualità ambientale da garantire nei diversi territori. Possono certamente contribuire a muovere in questa direzione il recepimento e l'implementazione di quanto enunciato nel «Pilastro europeo dei diritti sociali» varato nel 2017: «vi erano fissati in dettaglio 20 principi fra cui, nel nostro caso, la sicurezza e la salubrità dell'ambiente di lavoro, la disponibilità di servizi di qualità in sanità, nella non autosufficienza e disabilità, la conciliazione fra lavoro e cura e la condivisione dei compiti di cura» (Granaglia, 2024, p. 200).

Non v'è dubbio, poi, come un servizio sanitario universalistico non possa non basarsi, in aggiunta a quelli ospedalieri, su una rete di servizi territorialmente e capillarmente diffusi, vicini alle persone, in grado di intercettare tempestivamente la domanda di salute, di assicurare risposte mirate sui differenti bisogni, e di adeguarsi all'evoluzione delle principali problematiche sociosanitarie. Il «Welfare di prossimità» richiede una nuova architettura dei servizi, nel cui ambito le Case della comunità e gli Ospedali di comunità possono rappresentare un primo passo nella giusta direzione; ma esige anche un nuovo rapporto ed una forte interazione fra professionisti della sanità e professionisti del sociale, così come fra soggetti pubblici e soggetti del terzo settore.

Alla base di un welfare di prossimità debbono esserci un forte e sistematico «dialogo sociale», che assicuri spazi perché i singoli cittadini in appositi contesti possano avanzare domande e proporre soluzioni e che coinvolga i soggetti della rappresentanza sociale così come l'universo associativo della società civile. Allo stesso tempo vanno previste forme di «partecipazione» che possano contribuire a misure condivise e dotate di una sicura efficacia. Nel «Welfare partecipato» «la partecipazione è importante sia in sé in quanto elemento essenziale della democrazia, sia per ragioni strumentali, come fonte di informazioni di cui nessuno da solo potrebbe disporre» (Granaglia, 2024, p. 203). Mettere al centro dei processi decisionali la necessità di modalità partecipative (in forme possibilmente innovative) può indurre a pensare che ciò possa ridurre l'efficienza complessiva del sistema; al contrario, invece, le misure prese, dotate di un maggiore riscontro con le problematiche sul tappeto, faciliteranno il pieno raggiungimento degli obiettivi.

La posta in gioco, come è evidente è molto alta poiché mette al centro il benessere o il malessere complessivo della popolazione. In questa prospettiva, poiché non sono soltanto i governi a dettare la linea da seguire, ma essa è (o dovrebbe essere) il risultato di un pensiero che nasce da una pluralità di soggettività e di posizioni istituzionali, associative e della società civile, è bene che su tali temi il dibattito diventi il più ampio possibile ed includa in larga misura la sorte del Ssn e del personale che in esso lavora. A nostro avviso, se l'incremento dei servizi territoriali e della precauzione costituisce un processo adattivo che va perseguito con determinazione e partecipazione su tutto il territorio italiano, molto ancora si può fare per sviluppare concetti e strutture innovative su cui far avanzare in modo strategico un sistema di welfare all'altezza delle sfide in atto. Questo secondo numero di RPS dedicato al lavoro in sanità, assieme al primo pubblicato a fine 2024, si pone nella direzione di suscitare il più ampio dibattito possibile all'insegna di un cambiamento innovativo. In tempi di crisi, come quelli attuali, sono la creatività e la lungimiranza a dover segnare l'ideazione delle politiche e le prassi conseguenti, a partire, però, da un forte radicamento nella conoscenza della storia da cui esse derivano e della loro configurazione attuale.

Riferimenti bibliografici

- Donati A., 2020, *L'Europa e la crisi del coronavirus: alla (ri)scoperta del principio di precauzione*, «Rivista di Biodiritto», n. 1, pp. 592-596.
- Ferrera M., Mirò J. e Ronchi S., 2024, *Social Reformism 2.0: Work, Welfare and Progressive Politics in the 21st Century*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Fondazione Gimbe, 2023, *DM 77: Pro e contro del decreto-legge*, [linkedin.com/pulse/dm-77-pro-e-contro-del-decreto-legge-gimbe](https://www.linkedin.com/pulse/dm-77-pro-e-contro-del-decreto-legge-gimbe).
- Franzini M., 2022, *Rischi sociali: assicurare non basta. Verso un Welfare state precauzionale?* in Chiara Giorgi (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, Roma, pp. 71-84.
- Granaglia E., 2024, *Il modello sociale europeo in infinita trasformazione?*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 199-206.
- Hemerijck A. e Matsaganis M., 2024, *Who's afraid of the welfare state now?*, Oxford University Press, Oxford.
- Pesaresi F., 2022, *Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale*, Welfare ebook, n. 7.
- Vicarelli G., 2022, *DM 77: quale sviluppo per l'assistenza territoriale?* «Politiche Sociali/Social Policies», n. 3, pp. 563-568, doi: 10.7389/105765.