

IL TEMPO DEI RIFORMATORI

Si ricomincia a parlare di socialismo



di Alfredo VENTURINI

Il Forum socialista che si terrà a Roma sabato alla Sala Capranichetta, scandisce il tempo dei riformatori.

Di fronte alle situazioni drammatiche che stanno sconvolgendo il mondo contemporaneo la questione socialista, che si estrinseca in primo luogo nel riformismo, ha una straordinaria attualità. Il nesso socialismo-libertà si ripropone con tutta la sua forza ideale sia di fronte all'aggressione all'Ucraina, scatenata da un pericoloso nazionalismo predatorio della Russia, sia di fronte all'imperialismo cinese che sta investendo Taiwan sul piano militare e vaste zone del mondo sul piano economico.

Dalla scelta per la Repubblica al centrosinistra; dalla questione dei cattolici al progetto per la democrazia dell'alternativa; dalla grande riforma istituzionale agli interventi di riforma dello Stato sociale e civile, i socialisti hanno sempre avuto la capacità di avvertire, prima di tutti gli altri, i mutamenti in corso nella politica. Al di là del loro peso elettorale e della loro collocazione politica, sono stati i protagonisti attivi dei grandi passaggi politici della democrazia italiana.

La cultura politica dei socialisti, dovunque essi siano, avverte la crescente condizione di precarietà del sistema politico attuale; coglie i processi di dissoluzione dei partiti e delle alleanze che hanno dominato in questi anni; sente l'urgenza di fare i conti con un bipolarismo incompleto e artificiale che ha determinato un obiettivo degradato nella democrazia italiana, accentuandone i caratteri di democrazia delegata e deresponsabilizzata.

Non si tratta solo di rivendicare la memoria del socialismo italiano. I contenuti ideali della "civiltà socialista", in alcuni snodi fondamentali e anche in alcune proposte di riforma, mantengono la loro validità: dalla riforma della giustizia, al presidenzialismo, alla solidarietà con l'Ucraina, all'impegno meridionalista, a tutte le tematiche riguardanti il lavoro e a quella che chiamiamo la "globalizzazione della sopravvivenza".

L'impegno riformatore su questi nodi essenziali ha un retroterra politico-culturale di grande rilievo che in tutti questi anni è stato alimentato grazie all'impegno individuale e collettivo di singole personalità e di strutture organizzate di studio appartenenti a un'area socialista assai estesa che sfugge a ogni schema di natura partitica e anche a ogni scelta pregiudiziale di schieramento. Il progetto dei riformatori oggi può rappresentare l'unica alternativa seria e credibile a quella dei conservatori espresso da Giorgia Meloni perché, inoltrandosi sul

Sabato 18 marzo ore 10.30
Sala Capranichetta - Piazza di Montecitorio, 125

Il tempo nuovo dei Riformisti Socialisti

Introduce
Simona Colarizi

Intervengono
Gennaro Acquaviva
Ferdinando Adornato
Peppino Calderisi
Franz Caruso
Stefano Ceccanti
Fabrizio Cicchitto
Carmelo Conte
Bobo Craxi
Giovanni Crema
Mauro Del Bue
Giulio Di Donato
Michele Drosi
Ugo Finetti
Sandro Gozi
Umberto Guerini
Ugo Intini
Felice Iossa
Daniela Mainini
Claudio Martelli
Biagio Marzo
Umberto Minopoli
Enrico Morando
Riccardo Nencini
Oreste Pastorelli
Enrico Maria Pedrelli
Claudio Potruccioli
Sergio Pizzolante
Lia Quartapelle
Fausto Raciti
Mario Raffaelli
Umberto Ranieri
Ettore Rosato
Claudio Signorile

Anche in Italia esistono partiti senza riforme ed una storia dei riformisti socialisti senza partito. I riformatori segnano la nuova alternativa ai conservatori, ai populistici, agli autocrati: la costruiremo

terreno del conservatorismo liberale, per quanto solcato da mille contraddizioni all'interno del centrodestra, è altra cosa rispetto all'ultranazionalismo sovranista e ancor più al post fascismo. Una posizione strategica della destra che va compiutamente considerata

per costruire un'alternativa. In questo quadro risultano decisivi tre punti di riferimento: l'Europa, il Mezzogiorno d'Italia, il socialismo europeo. L'Italia deve impegnarsi nella costruzione dell'Europa federale sapendo che in questo quadro sono comunque

fondamentali il Mediterraneo e il Mezzogiorno.

Il ruolo che il Mezzogiorno d'Italia sta assumendo in Europa, il cui mare Mediterraneo è mare interno, è sempre più strategico, visto che è una via di accesso e di riferimento, collegando la sponda Sud del Mediterraneo ai destini del Vecchio continente: il Sud d'Italia non sarà periferico e marginale bensì centrale rispetto alla Penisola e all'Europa. Di qui, la lettura di una Italia mediterranea proiettata verso il futuro in chiave di protagonista nei prossimi decenni. Il Mezzogiorno dovrà diventare attore principale nella sua unità, superando campanilismi e regionalismi, rilanciando la sua identità territoriale, economica, sociale, politica e culturale nello Stato nazionale e nell'Unione europea.

In questo contesto occorre federare le Regioni del Meridione, unificando la programmazione e la gestione di almeno il 50 per cento dei fondi Ue e nazionali, in una progettualità interregionale finalizzata all'armatura infrastrutturale del territorio, alla formazione, alle politiche di sviluppo tecnologico e di servizi, con l'obiettivo di realizzare nell'Italia mediterranea la grande piattaforma economica logistica euro-mediterranea.

A tal fine, è esiziale la proposta di legge dell'autonomia differenziata, che mette a rischio l'unità d'Italia e rende irrealizzabile l'Italia federata e il sistema Ue-Mediterraneo. Il socialismo del ventunesimo secolo è quello che combina insieme socialismo, democrazia, liberalismo. È una scelta valida. Un'autentica posizione riformista può essere l'unica alternativa al conservatorismo di destra e di sinistra.

.il punto

- Schlein mette sotto il tappeto divisioni e rivalità. Permane l'equivoco di un soggetto incapace di costruire un'alternativa praticabile ai conservatori.
- Il Forum socialista che si terrà a Roma sabato alla Sala Capranichetta, scandisce il tempo dei riformatori. Per costruire il polo dei riformatori è fondamentale l'apporto culturale e politico della **Civiltà Socialista**. Il socialismo del ventunesimo secolo è quello che combina insieme socialismo, democrazia, liberalismo. **Un'autentica posizione riformatrice è l'unica alternativa al conservatorismo di destra e di sinistra.**

- La presidenza provvisoria dei **civici del nord, del centro e Mezzogiorno Federato tornano a riunirsi il prossimo 18 marzo a Roma**. La prospettiva politica è quella di darsi una dimensione collettiva comune e un terreno politico di condivisione di valori politici ed europeisti. **Federare le forze e le istanze riformatrici con un metodo pragmatico di ricerca delle convergenze sul terreno delle scelte concrete.**

- **"Welfare di comunità". Un osservatorio sanitario per il Mezzogiorno**. Il Mezzogiorno può essere il "luogo laboratoriale di un nuovo modello di sanità concepita e capace di far tesoro delle criticità strutturali emerse nei territori nel corso della pandemia. Dovrà raccogliere la spinta riformatrice del PNRR in paradossale coincidenza con un disegno di legge che lavora in senso opposto: l'autonomia regionale differenziata! Il prof. **Sebastiano Andò** ci spiega come sia possibile "pensare per sistemi e governare per progetti".

- Per il momento la rete di protezione allestita intorno al caso Svb non ha evitato il duro contraccolpo sui mercati. La riapertura del lunedì delle Borse, bruciano 291 miliardi di euro. Piazza Affari, maglia nera, perde il 4% e manda in fumo 24 miliardi di euro, nonostante le rassicurazioni del ministero dell'Economia guidato da Giancarlo Giorgetti, che ha ricordato che "il sistema bancario italiano ed europeo è regolarmente monitorato dalle autorità di vigilanza e supervisione assicurandone così la stabilità".

- Il vento di Cutro agita il Governo. **Francesca Stracò** ritorna sulla terribile strage di Cutro. La parabola discendente delle tesi per le quali gli immigrati sono tutti nemici che arrivano in Italia per sottrarci lavoro, mezzi, risorse e tranquillità. Accantonare la storiella che la soluzione per l'immigrazione clandestina, sia il fantomatico blocco navale, e la strampalata teoria: "aiutiamoli a casa loro".

PENSARE PER SISTEMI GOVERNARE PER PROGETTI

Cambiare il Sistema Sanitario

Il fenomeno pandemico, accanto alle decisioni propedeutiche alla riattivazione del sistema produttivo del Paese, impone di mettere mano alla riprogrammazione del Servizio Sanitario Nazionale, facendo tesoro dell'esperienza emergenziale sinora attraversata. Purtroppo continua a prevalere una scarsa consapevolezza della gravità dei suoi problemi. Sta riesplodendo, in tutta la sua drammaticità la questione dell'ineguaglianza dei cittadini rispetto all'esercizio del diritto costituzionale alla salute. Le cause sono note, ma i rimedi sono una sfida ancora terribilmente incerta, perché la crisi è sistemica, e risolverla richiede una svolta insieme politica, finanziaria, organizzativa che ancora non si vede. Le risorse del Fondo Sanitario nazionale, sono state e restano insufficienti ad assicurare una crescita normale della spesa sanitaria, richiesta anche dall'invecchiamento della popolazione e relativo incremento del bisogno di cure specialistiche e terapie

riabilitative lunghe e costose. Una mancata consapevolezza confermata dalle previsioni del DEF 2022 e della NaDEF 2022 che nel triennio 2023- 2025 prevedono una riduzione della spesa sanitaria media del 1,13% per anno e un rapporto spesa sanitaria/PIL che nel 2025 precipita al 6,1%, ben al di sotto dei livelli pre-pandemia. Nonostante le maggiori risorse investite, il confronto internazionale restituisce risultati simili a quelli dell'era pre-COVID: nel 2021 la spesa sanitaria totale in Italia è sostanzialmente pari alla media OCSE in termini di percentuale di PIL (9,5% vs 9,6%), ma inferiore come spesa pro-capite (\$4.038 vs \$ 4.435). Soprattutto, la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è ben al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità, con un gap dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania.

• continua a pag. VI

di Sebastiano ANDÒ*

Il Mezzogiorno può essere il “luogo laboratoriale” di un nuovo modello di sanità concepita come “welfare di comunità” capace di far tesoro delle criticità strutturali emerse nei propri territori nel corso della pandemia. In questo senso il PNRR può dare al Sud una opportunità unica di cambiamento avviando la costruzione di una nuova normalità capace di valorizzare le migliori risorse della società civile: dagli enti locali, a quelli del terzo settore, alle reti di prossimità, attivando quella sussidiarietà circolare che si ispira agli stessi principi costituzionali. L'istituendo osservatorio sanitario per le Regioni del mezzogiorno dovrà raccogliere la spinta riformatrice del PNRR come strumento utile a colmare le profonde disparità socio-sanitarie ancora presenti nel nostro paese in paradossale coincidenza con un disegno di legge che lavora in senso opposto: l'autonomia regionale differenziata!

Occorre mettere in atto tavoli comuni di pensiero e proposta per affrontare l'indiscutibile necessità di reinventare il futuro della sanità pubblica incentrato sulla dignità della persona, inclusivo e resiliente dinanzi alle sfide future necessarie per superare le disuguaglianze socio-sanitarie che viviamo; ponendo in confronto le diverse macroaree geografiche del Paese e dimostrare come, il nostro mezzogiorno, sia capace di dotarsi, in tempi prossimi, di un sistema sanitario realmente vicino ai bisogni dei cittadini. L'equità sanitaria è una straordinaria opportunità per raggiungere uno stato generale di benessere, espressione cumulativa dello stato di salute clinica, mentale e sociale, influenzata non solo dalla assistenza sanitaria, ma da fattori socio-economici e socio-ambientali. Le disuguaglianze nel diritto di tutela alla salute appartengono oggi alle fasce di popolazione a reddito più basso, che coincidono prevalentemente con le fasce della cronicità e della fragilità sanitaria., espressive nei loro bisogni assistenziali dei valori intrinseci della sanità pubblica. Proprio il modello dell'invecchiamento, con il suo carico di cronicità e di patologie neurodegenerative, dopo il covid, ha messo in discussione le RSA, chiamando in causa una nuova concezione della domiciliarità assistenziale, insieme a nuove fonti di investimento e nuove capacità di avvalersi di competenze diverse.

LE SFIDE DEI SISTEMI SANITARI PUBBLICI AD ISPIRAZIONE UNIVERSALISTICA

La pandemia ha messo in drammatica evidenza le sfide che i sistemi sanitari pubblici ad ispirazione universalistica devono saper superare per ottenere risultati sanitari drasticamente migliori. È ormai risaputo che quando si tratta di raggiungere la terza età in condizioni fisiche soddisfacenti, le disuguaglianze territoriali iniziano a farsi sentire. La media italiana per la speranza di vita in buona salute alla nascita è di 58,8 anni nel complesso della popolazione (dati ISTAT) Ad alzare notevolmente la media contribuisce la provincia autonoma di Bolzano e Trento, dove l'indice si stabilizza tra i 65 e i 68 anni. Le regioni come l'Emilia Romagna (62.) il Friuli Venezia Giulia (60.6) e la Lombardia (60.5), presentano tutte un indice superiore alla media italiana. Il primato negativo lo determina il SUD le isole e in particolare modo la Calabria, la Basilicata e la Sardegna, dove la media scende



“WELFARE DI COMUNITÀ”

Un osservatorio sanitario per il Mezzogiorno

a 55 anni. Le differenze non si limitano a questo indicatore. Il dato più allarmante e che delinea una predeterminata e derelitta emarginazione assistenziale, è quello relativo alla rinuncia alle cure: Secondo le ricerche più recenti essa è presente in una percentuale del 48,85 % nel sud e nelle isole, contro l'11% del nord est, il 18,5% del Nord-ovest e il 21,4% del Centro. Ma quali sono le prestazioni sanitarie di cui si fa a meno più frequentemente? Al primo posto troviamo quelle odontoiatriche (23 % dei casi) seguite da quelle specialistiche (20,7%), quelle inerenti l'ambito della prevenzione (15,6%) e della diagnostica (12,3%). La rinuncia alle cure trova prevalente giustificazione in carenze strutturali e infrastrutturali, che scoraggiano l'accesso alle cure. È proprio in queste circostanze che il riferimento alla spesa storica dei servizi sanitari e socio-sanitari, presenti nel nostro mezzogiorno, diventa un riferimento cinico e mistificatorio per un reale censimento dei fabbisogni. Tutto questo si traduce in un indice di mobilità sanitaria passiva che riguarda nel 41 % le patologie oncologiche, nel 27% le malattie croniche, nel 25% quelle cardiovascolari e nel 7% gravi patologie neonatali. Il saldo passivo attuale di migrazione sanitaria nelle regioni del mezzogiorno, espressi in milioni di euro, riguarda la Puglia (88499,286), Sicilia (279.162,508), Campania (473 milioni), Calabria (320milioni), Basilicata (40 milioni di euro). In rapporto alla popolazione, la Calabria è la regione del mezzogiorno con il più severo saldo passivo per migrazione sanitaria.

Un chiaro divario geografico a sfavore del mezzogiorno è quello relativo alla frequenza del ricorso alla prevenzione prodotto ad esempio dall'inadeguatezza dell'offerta e dei programmi di screening oncologici. Secondo i dati del Nord-est per la prevenzione del tumore

mammario, l'85,2 % delle donne adulte ricorre a mammografie, segue il nord-ovest con 81,9 e il centro con l'80,7% e a distanza di parecchi punti il Sud e le isole con il 66,3%. Per il colon retto si sottopone a controlli il 70% dei chiamati in campo (adulti tra i 31 e i 60 anni e anziani over 60) nel nord est seguito dal 64,8% nel nord ovest e dal 56,4% del Centro, Sud e isole si fermano al 32,9. Queste circostanze impongono non solo razionalizzazione ma anche razionamento dell'offerta dei servizi a livello locale e spesso il decisore pubblico non ha lo strumento per scegliere, su quali ambiti prioritari di tutela assistenziale si deve maggiormente investire a svantaggio di altri, una volta stabilite le misure di “efficienza produttiva”.

Lo scopo di un osservatorio sanitario a guida interdisciplinare è quello di poter contribuire a dare informazioni valide sull'impatto atteso da ogni intervento di tutela della salute. Per fare queste scelte il decisore pubblico dovrebbe disporre di conoscenze adeguate su come si distribuiscono i benefici per caratteristiche demografiche e sociali della popolazione (età, genere, reddito, istruzione origine etnica). L'osservatorio dovrà radunare competenze ed esperienze professionali diverse per far conoscere anche alla politica l'impatto che, le stesse scelte del decisore pubblico, possono avere sui diversi livelli assistenziali.

Un osservatorio sanitario per il mezzogiorno deve far conoscere alla società civile quale sia lo stato dell'arte delle misure attuative del PNRR a sostegno della tutela della salute nei suoi territori, specificamente riferite: 1) Al modello di ospedalità da adottare dopo l'emergenza pandemica; 2) All'integrazione ospedale territorio nel percorso di transizione digitale; 3) Allo stato realizzativo delle strutture assistenziali di prossimità nel nuovo disegno socio-sanitario della medicina territoriale.

IL MODELLO DI OSPEDALITÀ DA ADOTTARE DOPO L'EMERGENZA PANDEMICA

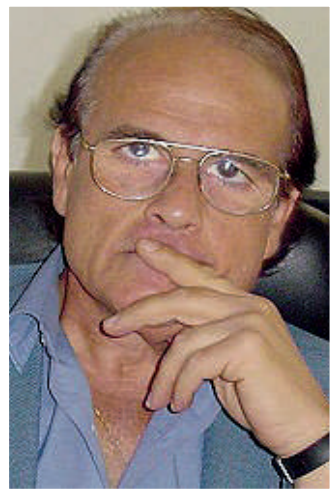
Durante il picco pandemico vi è stata una significativa riduzione dei ricoveri ospedalieri e di visite specialistiche. Mancano ad oggi dati strutturali sulla reale mortalità di pazienti non covid, esiste però un report inglese che confrontando il numero dei decessi non attribuiti al covid durante il picco della pandemia, con la media dei decessi degli ultimi 5 anni, nello stesso periodo, ha evidenziato un eccesso di mortalità di quasi 10000 persone avvenuto per lo più al proprio domicilio. La riduzione dei ricoveri è stata principalmente a carico delle condizioni croniche che richiedono ricovero durante le riacutizzazioni. Abbiamo visto come sia possibile cambiare rapidamente funzione a posti letto in ragione dei bisogni richiesti. Ciò è avvenuto per motivi di emergenza ma dobbiamo farne tesoro anche in seguito. Un aspetto già realizzato nella progettazione dei nuovi ospedali concepiti secondo l'intensità di cura“. Dovremo pensare ad aree mediche non più separate da muri (e non solo strutturali) superando la concezione quasi “proprietaria” del posto letto, ma ampie zone in cui possono accedere malati indipendentemente dal loro quadro clinico acuto (farebbero eccezione particolari situazioni quale infarto acuto STEMI), lo stroke per le quali occorre predisporre aree flessibili attrezzate). Ciò che è avvenuto per l'emergenza dovrebbe avere un seguito nell'ordinario. Già da tempo infatti sappiamo come la stragrande maggioranza dei ricoveri è legata a pazienti più anziani e con multiple morbilità dove l'evento acuto singolo è solo una parte del problema. Il ricovero in singole unità specialistiche appare superato. Durante la pandemia ci si è resi conto di quanto fosse necessario

avere a disposizione macchinari efficienti non obsoleti. Si è fatto giustamente risaltare l'importanza dei ventilatori ma non dobbiamo dimenticare come anche l'ecografia a letto, di pazienti difficilmente spostabili (vascolare, cardiologica, toracica, addominale), ha facilitato la diagnostica e di conseguenza il trattamento. Nelle grandi aree mediche dovranno essere presenti letti “high care” almeno per il 20-30%, dotati di tecnologie per il monitoraggio dei parametri vitali con relativa centralina di osservazione e di controllo. Monitoraggio necessario in pazienti complessi, necessitanti trattamenti semi-intensivi o affetti da una patologia acuta grave, non solo per guidare il trattamento, ma anche per anticipare situazioni di potenziale instabilità.

IL PAZIENTE AL CENTRO DI TUTTO

Nel corso della pandemia abbiamo assistito al progressivo affermarsi del concetto “il paziente al centro di tutto”. Prima era una espressione più teorica che fattuale. Infettivologi, pneumologi, internisti e gli specialisti di altre discipline, intervenivano sul singolo malato, ciascuno per le sue competenze, andando oltre quelle che fino a ieri era la singola, semplice consulenza. Abbiamo visto specialisti che vedevano il malato ogni giorno, anche più volte al giorno, una volta acquisita la richiesta per quel malato, facendosi carico della problematica per cui erano stati chiamati. Gli specialisti di organo e di apparato hanno dimostrato che una volta “liberati” dalle mura della propria struttura di appartenenza erano in grado di dare il meglio delle loro competenze trovandone anche giovamento professionale. Il fatto che il malato fosse stato assegnato ad un coordinatore di una unità medica, non creava nessun motivo di conflittualità professionale.

• continua pag. III



BIOGRAFIA

Il prof. Sebastiano Andò, ordinario emerito di Patologia e direttore del Dipartimento di Farmacia e Scienze della Nutrizione e della Salute dell'Università della Calabria, Adjunct Professor presso il dipartimento di Biologia del College of Science and Technology della Temple University di Philadelphia. E' stato preside della Facoltà di Farmacia Scienze della Nutrizione e della Salute, dell'Università della Calabria. Direttore della scuola di Specializzazione in Patologia

Clinica; Coordinatore del Dottorato di Ricerca in "Medicina Traslationale". E' oggi membro del Advisory board del Centro sanitario dell'Università della Calabria; Membro del Board American Society for Investigative Pathology; Membro del Comitato Scientifico Nazionale dell'AIRC, Membro del Comitato di Selezione per le Scienze Mediche dei progetti FIRB e PRIN del MIUR; Autore di oltre 300 pubblicazioni internazionali è nella lista dei TOP Italian Scientists.

• segue da pag. II

L'ospedale deve diventare una struttura aperta. Il rapporto con i medici del territorio e, dove presente, con l'infermiere del territorio, deve diventare un percorso obbligatorio anche con mezzi informatici. Per quest'ultimo punto è necessario che le regioni dotino i professionisti di strumenti informatici che dialoghino tra di loro e che si superino le attuali nefaste barriere legate alla privacy che i sistemi informatici sono comunque in grado di salvaguardare. Auspichiamo che il nuovo modello di ospedale possa prevedere il superamento della struttura ospedaliera suddivisa in reparti identificati per specialità. La coesistenza grazie agli interventi di uno o più specialisti di organo, oltre agli interventi delle altre figure sanitarie (fisioterapisti, logopedisti ecc. ecc.), il tutto coordinato da un medico specialista in "care ospedaliera" che è "l'hospitalist" con definite competenze, al quale si attribuisce la gestione dell'intero percorso durante la degenza, la scelta delle priorità, la continuità con il medico di fiducia del paziente. La sua visione olistica per le sue competenze generaliste. L'hospitalist è in grado di gestire pazienti complessi e affetti da plurimorbilità sempre più presenti nei nostri ospedali.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO NEL PERCORSO DI TRANSIZIONE DIGITALE

Resistenze culturali, cattiva gestione delle risorse, infrastrutture carenti, sono queste le principali difficoltà di qualunque processo di digitalizzazione che va armonizzato in tutte le sue componenti evitando la frammentazione nei suoi diversi obiettivi funzionali che difatti interferiscono sulla interoperabilità delle informazioni e dei dati raccolti. Il primo obiettivo concerne proprio la digitalizzazione della documentazione clinica informatizzata sollecitandone la realizzazione graduale in tutti i reparti di diagnosi e cura insieme alla dematerializzazione dei referti. L'intento deve essere quello di arrivare alla dematerializzazione della documentazione clinica per poi poter far confluire queste informazioni nel fascicolo elettronico (in questo modo l'utente potrà portare con sé la propria storia clinica). Tutto ciò

mette il paziente al centro e fa circolare i dati e le informazioni nel miglior modo possibile. Il che significa abbandonare il concetto di "fascicolo elettronico" inteso come documento fisso in un archivio fisico o virtuale, per andare verso un sistema dove i dati sono condivisibili da sistemi software che parlano lo stesso linguaggio. In questo modo non solo si garantirà a tutti la stessa accessibilità ai servizi ma si migliorerà l'offerta complessiva, realizzando nel nostro mezzogiorno le grandi dorsali regionali di trasmissione e comunicazione dei dati. L'osservatorio nei suoi compiti di monitoraggio della transizione digitale deve dotarsi di capacità catalizzatrice dei processi innovativi affidate nelle nuove modalità tecnico assistenziali quali quelle rappresentate dallo sviluppo della telemedicina strutturata sulle moderne tecnologie proprie della medicina digitale. L'osservatorio in tale contesto deve esercitare un'azione di stimolo corale nei nostri territori perché la telemedicina diventi patrimonio definitivo della contemporaneità sanitaria del nostro mezzogiorno. Lo scopo pratico della telemedicina nell'immediato è quello di poter rigenerare un nuovo modello di medicina territoriale aumentando l'appropriatezza, la sicurezza, l'accessibilità, l'equità, la rapidità delle cure, indipendentemente dal luogo in cui i pazienti si trovano, consentendo di raggiungere i bisogni di cura anche delle comunità isolate dalla stessa impervietà dei loro territori. Appare evidente come la telemedicina non si debba etichettare semplicemente come "la telefonata" al paziente o come invio del file PDF del referto medico. Tale condotta se può essere ammessa nel periodo emergenziale dovrà essere totalmente rivisitata sul piano organizzativo e contenutistico da tutti i player del settore pubblico e privato a tutti i livelli. Occorre pertanto una strategia unitaria che permetta di definire un quadro regolatorio permanente a livello regionale e nazionale. È un ambito in cui l'osservatorio sanitario del mezzogiorno potrà esercitare un ruolo anticipatorio, di una policy di medicina di prossimità, affidata alla telemedicina e alle piattaforme tecnologiche su cui essa si stratifica al fine di garantire equità territoriale e sostenibilità dei costi. L'altro problema che resta insoluto è come s'inseriscono questi costi nel consolidato quadro del servizio sanitario nazionale il

testo di riferimento è stato diffuso dal Ministro della salute in tempi recenti. Si tratta dell'indagine nazionale per l'esecuzione di prestazioni di telemedicina che indica quale sia il regime di erogazione della telemedicina, il teleconsulto medico, la tele consulenza medica sanitaria, la tele assistenza da parte delle professioni sanitarie. Finisce l'era dell'improvvisazione e delle soluzioni "emergenziali". Inizia un periodo che richiede la definizione di processi ben strutturati con soluzioni tecniche e professionalità adeguate. che molti medici di buona volontà hanno già intrapreso per far fronte ad una oggettiva necessità, bisogna ora procedere calando la telemedicina nel contesto clinico e assistenziale delle aziende sanitarie attraverso una stretta integrazione tecnica-organizzativa- professionale. L'osservatorio in tale contesto deve esercitare un'azione di stimolo corale nei nostri territori del mezzogiorno perché la telemedicina diventi patrimonio definitivo della contemporaneità sanitaria dell'intero mezzogiorno. Occorre altresì anche normalizzare le tariffe commisurate alle diverse attività assistenziali erogabili in telemedicina. Finora infatti i diversi sistemi regionali hanno operato a macchia di leopardo. In realtà questo compito spetta alle società scientifiche che dovrebbero elaborare un protocollo ufficiale capace di stabilire cosa sia erogabile in telemedicina e cosa non può esserlo. Sarà la telemedicina a dare una reale declinazione funzionale alle strutture assistenziali di prossimità che sostanzialmente ancora oggi appartengono ad una concezione meramente virtuale della realtà sanitaria.

STATO REALIZZATIVO DELLE STRUTTURE ASSISTENZIALI DI PROSSIMITÀ NEL NUOVO DISEGNO SOCIOSANITARIO DELLA MEDICINA TERRITORIALE

Alla medicina di prossimità si rivolge un secondo ambito di interventi del piano nazionale di ripresa e resilienza 7 miliardi dedicati a tre tipologie modalità assistenziali attraverso:
1) Le case di comunità consentono di potenziare e riorganizzare i servizi offerti ai malati cronici, con un punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie, con team multidisciplinari di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri ecc.ecc. Si propone di realizzare 1200 case di comunità entro il 2026, attraverso utilizzazione sia di strutture preesistenti che di strutture nuove;
2) L'assistenza domiciliare che si propone di prendere in carico, entro la metà del 2026 il 10% della popolazione superiore ai 65 anni.
3) L'ospedale di comunità, una struttura dedicata al ricovero breve a media e bassa intensità clinica e per esigenze di breve durata (20-40 posti letto). Ebbene quale è lo stato dell'arte di queste realizzazioni che certamente daranno una svolta epocale alla medicina territoriale finora presente nel nostro paese, consentendo a livello regionale una gamma di dispositivi assistenziali che vanno dall'assistenza primaria, ai consultori familiari e all'area della salute mentale, salvaguardando, al contempo, le peculiarità e le esigenze assistenziali di ogni area del paese. Si vuole garantire la persona, indipendentemente dalla regione di provenienza, una tutela sanitaria che va dalla fase acuta alla fase riabilitativa. Si vogliono potenziare i servizi assistenziali territoriali, consentendo una effettiva esigibilità dei LEA

prevedendo di superare, in tal modo, le frantumazioni e il divario tra i diversi sistemi sanitari regionali, puntando ad un percorso integrato, che parte dalla casa come primo luogo di cura, per arrivare alle case di comunità, agli ospedali di comunità, puntando ad un percorso integrato, superando le carenze di coordinamento negli interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. L'osservatorio dovrà chiedersi in quale cornice organizzativa e strategica si collocheranno gli investimenti che deriveranno del piano nazionale di ripresa e resilienza. La nuova organizzazione della sanità territoriale disegnata dal decreto DM71 è alquanto ambiziosa. Grazie ai fondi europei costruiremo le strutture, acquisteremo le tecnologie e ammoderneremo quelle già esistenti, ma poi dovrà essere lo Stato e le Regioni a pagare gli stipendi del personale. Il rischio di riempire il paese di nuove case e ospedali di comunità che poi non siano in grado di funzionare è dietro l'angolo. L'assunzione di 10-20.000 infermieri come previsti dal decreto rilancio oscilla da 473 a 929 milioni di euro l'anno. Ma oltre agli infermieri, nelle strutture di comunità opereranno medici, altri professionisti sanitari, OOSS, personale amministrativo e di supporto. Appare evidente dunque quanto tali previsioni di spesa risultino insufficienti. In teoria dovrebbe essere la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria a produrre i risparmi necessari (stimati 850 milioni all'anno) a finanziare il funzionamento delle nuove strutture. Nel breve-medio periodo non saranno la riduzione dei ricoveri in ospedale, degli accessi inappropriati al pronto soccorso, della diminuzione dei codici bianchi al pronto soccorso, a procurarci risparmi adeguati alla cifra prevista. Saranno infatti i farmaci innovativi, le alte tecnologie, chirurgiche, le voci di spesa che più incideranno. È insomma impensabile collegare la sopravvivenza delle 602 centrali operative territoriali e degli ospedali di comunità alla mera ipotesi di risparmi prodotti da strutture ospedaliere già in affanno sotto numerosi punti di vista a partire dalla carenza di personale, problematiche che dovrebbero essere affrontate dalla revisione del DM70. Una riforma che a sua volta necessita di finanziamenti e che per poter dar vita ad una vera logica di filiera della salute dovrebbe andare di pari passo con il PNRR ed il DM71 e non viaggiare in autonomia. Occorre quindi immaginare sin da adesso una rivalutazione del Fondo Sanitario Nazionale (investire sulla sanità pubblica almeno il 7% del PIL) che consenta di sostenere nel tempo i costi delle strutture, del personale e delle tecnologie. Va poi previsto un piano straordinario di assunzioni anche all'interno degli ospedali migliorando le attuali condizioni di lavoro per incentivare i professionisti a lavorare nella sanità pubblica. Tali perplessità danno ragione del fatto che in sede di approvazione del DM71 le regioni avevano posto alcune condizioni e cioè di attuare progressivamente gli standard e i modelli organizzativi previsti dal decreto attraverso una adeguata implementazione del fabbisogno di personale necessario dipendente e convenzionato ed una adeguata copertura finanziaria, con risorse che devono essere stabili nel tempo per poter sostenere i costi del personale assunto. Se tutto questo non dovesse succedere, quali sono le cornici organizzative e strategiche in cui dovrebbero realizzarsi le strutture assistenziali intermedie, le cure domiciliari. Si sta diffondendo l'idea che

l'investimento nel suo complesso miri soprattutto ad incrementare l'assistenza domiciliare (si parla di 602 centrali operative) espropriando di fatto il distretto di una sua funzione caratterizzante quale quella di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, relegando la direzione distrettuale a compiti burocratico-amministrativi. Una impostazione che richiama soprattutto risorse limitate, che richiama interessi privati ad opera di una mega imprenditoria sanitaria già allertata, dedicata alla produzione di servizi sanitari di diversa tipologia che persegue non certo logiche di profitto sociale o socio-sanitario ma semplicemente logiche di profitto interessate ad un incrementalismo prestazionale tout court. Un incrementalismo che può essere a discapito dei livelli essenziali di assistenza, impedendo ai distretti, di rispondere ad una funzione di riqualificazione e potenziamento della medicina territoriale con l'attenzione piena ai soggetti fragili e più vulnerabili. Occorre sempre equilibrare gli interventi dedicati ai singoli individui partendo dagli specifici i bisogni insiti nella comunità in cui viviamo. Siamo nell'ambito della "personal care" e della "community care". Ma il potenziamento e la riqualificazione della medicina territoriale richiede un cambio culturale ovvero il recepimento della primary health care, da anni considerata come prima occasione per costruire sistemi di salute pubblica i equi, validi e sostenibili. Il distretto sono gli interpreti ufficiali della primary health care che non si limita alla tutela della salute dal punto di vista biomedico ma comprende anche aspetti socioeconomici per le forti ripercussioni che questi hanno sulla vita delle persone. Questi sono gli aspetti fondamentali che vanno monitorati da parte dell'Osservatorio all'interno delle diverse realtà territoriali del nostro mezzogiorno. Lo scopo è sempre quello di favorire una assistenza migliore ai cittadini rappresentata soprattutto dalla medicina generale ma in un setting più appropriato che si basa sulla necessità di un maggior interazione tra gli stessi medici di medicina generale, e i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale e i medici specialisti. Ciò dovrà superare il senso di isolamento/ autoreferenzialità spesso caratterizzante la loro attività che saprà invece esprimersi al meglio in una nuova condizione di connettività professionale implementata degli strumenti tecnico-assistenziali generati dalla medicina digitale. Un cambiamento di scenario che deve avvenire attraverso un punto di regia unitaria quale quello del distretto, in quanto soggetto produttore di prestazioni, di interazioni d committenze, di governo clinico e organizzativo nella declinazione identitaria della medicina ambulatoriale, domiciliare residenziale ed intermedia. L'impegno civile dell'osservatorio deve essere primario nel costruire una comune visione della medicina territoriale in cui la struttura baricentrica è il distretto sanitario, naturale punto di raccordo di servizi integrati sostenuti da ogni innovazione tecnico-assistenziale. L'osservatorio non deve essere vissuto come "struttura di riferimento per addetti ai lavori", ma come fonte di informazioni accessibili a tutti, repertorio di ogni intervento pubblico orientato all'equità sanitaria ma allo stesso tempo anagrafe delle disuguaglianze e delle discriminazioni che ancora oggi negano alle nostre popolazioni l'esercizio di un diritto paritario di tutela della salute.

di **Domenico PROIETTI**
Segretario confederale Uil

IL DICIOTTESIMO RAPPORTO CREA SANITÀ

La sanità italiana non è più di tutti e per tutti

I dati che emergono dal 18° Rapporto di Crea Sanità descrivono la sanità italiana in grande difficoltà: lunghe liste di attesa, carenza cronica di tutte le figure professionali, stress psico-fisico post pandemia, diritti e tutele dei lavoratori ridotti all'osso, chiusure di presidi di medicina territoriale, aumento al ricorso della sanità privata e conseguenti costi aggiuntivi per i cittadini.

La sanità italiana non è più di tutti e per tutti.

Al finanziamento della sanità pubblica italiana mancano almeno 50 miliardi di euro per avere un'incidenza media sul PIL analoga agli altri Paesi EU. Di fatti, la spesa sanitaria in Italia dal 2000 al 2021 è cresciuta del 2,8% medio annuo, il 50% in meno che negli altri Paesi EU: per recuperare il passo e garantire la stessa crescita, oltre all'aumento del FSN di 10 miliardi di euro per 5 anni, servirebbero almeno altri 5 miliardi di euro.

Per queste ragioni la Uil e la Uil-Fpl ritengono indispensabile ricorrere alle risorse del Mes

sanitario per rendere il Servizio Sanitario Nazionale efficace ed efficiente nelle prestazioni ai cittadini. 35 miliardi di euro che sommati ai 20 previsti dal PNRR permetterebbero di stabilizzare i precari, procedere a nuove assunzioni e investire in infrastrutture per una sanità pubblica e universale. È stato un errore gravissimo non aver fatto ricorso a quelle risorse a inizio pandemia ed oggi sarebbe delittuoso perseverare nell'errore. E' necessario da parte del Governo e del Parlamento un'assunzione di responsabilità nella consapevolezza che oggi la migliore politica economica è una

buona politica sanitaria, perché tutte le risorse investite nella sanità hanno anche un riverbero positivo sul sistema economico e produttivo del Paese.

Così come è necessario porre fine alle penalizzazioni a danno dei lavoratori dei servizi pubblici: dal 2011 è stato differito il Tfr che viene erogato almeno dopo 2 anni e addirittura se i lavoratori richiedono l'anticipo possono ottenerlo pagando un tasso di interesse dell'1,50%.

Ai lavoratori pubblici non si applica la detassazione della contrattazione di secondo livello e dal 2008 hanno una decurtazione sullo stipendio durante i primi 10

giorni di malattia. Per non parlare del blocco dei rinnovi contrattuali, durato 9 anni, dal 2008 al 2019.

La sottoscrizione del contratto del comparto sanità 2019-2021 è stato un passo importante, ma rappresenta un punto di partenza e non di arrivo perché si possa parlare di piena valorizzazione del personale sanitario. Sono stati rivisti l'ordinamento professionale, il sistema degli incarichi oltre all'istituzione dell'area dell'elevata qualificazione.

Abbiamo affrontato un lungo confronto sull'indennità di specificità, ma non abbiamo risolto tutto. Infatti, il contratto 2022-2024 dovrà essere il compimento

degli obiettivi e prerogative della UIL-FPL e che non è stato possibile ottenere con le risorse stanziata dalla vecchia legge di bilancio a partire proprio dalla valorizzazione degli incrementi tabellari.

Siamo consapevoli che nel nostro Paese i professionisti sanitari guadagnano molto meno che in Europa e che un'inflazione del 10% incide molto sulla gestione della vita quotidiana.

Ci aspetterà una nuova e faticosa battaglia perché la manovra finanziaria non ha riservato l'attenzione che ci aspettavamo al Sistema Sanitario e le risorse poste sono davvero insufficienti.

Continueremo a lavorare perché si cambi approccio verso il tema salute e affinché non cali l'attenzione che durante il periodo pandemico a partire dalla politica, ma anche dalla collettività, aveva permesso di riportare sul podio la centralità della salute come diritto universale e non come nota di subordine alla compatibilità economica del Paese. La salute come investimento e non come mera spesa per garantire la dignità di tutte le lavoratrici e i lavoratori del comparto sanitario e socio assistenziale.

PUGLIA, CHIRURGIA ROBOTICA

I robot dei privati lavorano di più di quelli pubblici

di **Fabiano AMATI**
Presidente Commissione regionale bilancio e programmazione

Nella chirurgia robotica pugliese, i robot dei privati lavorano molto di più di quelli assegnati alle strutture pubbliche. Come si giustifica questa differenza?

È un mistero, se solo si consideri che l'acquisto costosissimo di questa utile tecnologia può avvenire solo dopo aver assodato la possibilità di effettuare il numero ottimale d'interventi e quindi disporre di tutto il necessario, compreso il personale.

Nelle prossime settimane faremo analizzare all'AREES Puglia i dati, per cogliere le ragioni ed eventualmente proporre i correttivi gestionali.

I robot attualmente in esercizio in Puglia, sono 11: 2 al Miulli di Acquaviva; 2 al Policlinico di Bari, 1 alla Mater Dei di Bari; 1 agli Ospedali riuniti di Foggia; 1 alla Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo; 1 al Panico di Tricase; 1 al Bonomo di Andria; 1 al Vito Fazzi di Lecce; 1 al SS Annunziata di Taranto. Limitandoci alla lettura dei dati relativi al 2022 e comparando i dati dei 6 robot pubblici con i 2 del Miulli, viene fuori il seguente scenario.

Miulli. Con 2 robot il totale degli interventi è stato di 505, di cui 144 prostatectomie senza complicanze, 79 prostatectomie con complicanze, 115 altri interventi di urologia e 167 altri interventi.

Policlinico di Bari. I dati del 2022 non sono disponibili. Nel 2021 e con 2 robot il totale degli interventi è 316, di cui 125 prostatectomie senza complicanze, 4 prostatectomie con complicanze, 135 altri interventi di urologia e 52 altri interventi.

Foggia. Con 1 robot il totale degli interventi è stato di 243, di cui 145 prostatectomie senza complicanze, 7 prostatectomie con complicanze, 84 altri

interventi di urologia e 7 altri interventi.

Lecce. Con 1 robot il totale degli interventi è stato di 196, di cui 53 prostatectomie senza complicanze, 4 prostatectomie con complicanze, 46 altri interventi di urologia e 93 altri interventi.

Andria. Con 1 robot il totale degli interventi è stato di 182, di cui 47 prostatectomie senza complicanze, 48 prostatectomie con complicanze, 39 altri interventi di urologia e 48 altri

interventi.

Taranto. Con 1 robot il totale degli interventi è stato di 28, di cui 6 prostatectomie senza complicanze, 17 prostatectomie con complicanze e 5 altri interventi.

Si precisa che i robot di Lecce e Taranto sono entrati in esercizio nel 2022.

Lo scenario descritto, che rispetto alle altre annualità non registra grandi scostamenti, se non al ribasso nel periodo Covid, certifica una quota d'inefficienza

del sistema e la necessità di porre rimedio aumentando la produttività al livello ottimale, che per tutti i 6 robot della sanità pubblica dovrebbe significare un numero molto più significativo di interventi e non il misero 0,44 al giorno, ampiamente insufficiente a giustificare l'acquisto del robot, sia con riferimento ai costi ma soprattutto con riferimento all'ampia domanda di salute su cui la robotica è in grado di rispondere con maggiore precisione e minori giorni di

degenza.

Certo, il fatto che non era stato mai effettuato un monitoraggio, realizzato solo dopo numerose richieste della Commissione, unito all'avvenuto acquisto dei robot senza nessuna valutazione preliminare - HTA, confessa un sistema privo di opportuna programmazione e controllo e quindi fonte di sicura inefficienza.

E questo lo dicono i numeri, se si ha la pazienza di raccogliarli e leggerli.

IL VENTO DI CUTRO AGITA IL GOVERNO

Occorreva una strage per comprendere

di **Francesca STRATICÒ**

Con la terribile strage di Cutro, forse abbiamo definitivamente imboccato la parabola discendente delle tesi per le quali gli immigrati sono tutti nemici, disgraziati e delinquenti, che arrivano in Italia per sottrarci lavoro, mezzi, risorse e tranquillità.

Forse riusciremo anche ad accantonare la storiella che la soluzione per l'immigrazione clandestina, sia il fantomatico blocco navale, e la strapalata teoria: "aiutiamoli a casa loro". Questa parabola discendente delle false teorizzazioni, a dire il vero inizia già quando Salvini va in Ucraina a recitare la retorica del politico con il Rosario in mano, pronto a schierarsi contro l'invasore, e trova un Sindaco a ricordargli che l'invasore è quel Putin, con il quale condivide una dichiarata amicizia, espressa orgogliosamente su magliette e felpe. Era il Salvini che a forza di invocare Madame mentre incitava subdolamente all'odio, finiva per raccogliere, alle ultime politiche, un risicato 8% di consenso, ben diverso da quel 35% incassato alle europee del 2019.

Oggi la terribile strage di Cutro, diventa un inesorabile evidenziatore di tutta la falsità e grossolanità delle tesi allarmiste e populiste riguardo l'immigrazione.

Oggi non si può più tacere di fronte alle responsabilità che hanno portato il nostro Stato a piangere la morte di 72 persone e, questo, ha risvegliato la sensibilità e l'empatia degli italiani, i quali hanno preferito aderire al sentire dei calabresi, resisi immediatamente

disponibili, aperti e generosi ed a manifestare, invece, indignazione e dissenso nei confronti di un Governo che, ancora oggi, non riesce neanche a garantire il rimpatrio delle salme o la degna sepoltura di quei corpi.

Non si può far finta di non vedere che l'opinione pubblica ha preso nettamente le distanze da questo Governo che non ha sentito neanche la necessità di partecipazione e commozione. Un Governo che nega l'evidenza delle tante responsabilità ed inadeguatezze che hanno determinato questa tragedia.

Oggi il nostro Paese ha deciso di contrapporre alla logica di un becero egoismo, quella della solidarietà e tutti comprendono l'inutilità e l'ipocrisia di quel "prima gli italiani" che non può che sgretolarsi di fronte all'urgenza di certi bisogni ed al rispetto della vita.

Non si possono chiudere gli occhi e far finta di non vedere la disperazione che fa sfidare l'ignoto ed il mare, per fuggire da fame, miseria, abusi e privazione della libertà.

Oggi le idee di esercitabili blocchi navali s'infingono contro la maturata consapevolezza che, lasciare che qualcuno muoia in mare senza prestare soccorso, per il diritto si chiama reato e per la coscienza si chiama indegnità.

Oggi sappiamo che è un dovere non solo salvare vite, ma lo è anche accogliere adeguatamente, offrire un valido contributo; che è un dovere aiutare i migranti a formarsi ed a reperire lavoro e che ciò, non solo non interferisce con alcun diritto, ma costituisce anche un bene per le nostre aziende, per le persone anziane, per i malati.

E' triste pensare che sia stata necessaria una strage per comprendere che non è più tempo per l'esibizione di fittizia forza alimentata da preconcetti e false ideologie e che l'amor di "Patria" non si esprime alzando muri e barriere, ma rendendo la propria nazione degna di essere amata e percepita come "casa" da chiunque la abiti.

Oggi non è più tempo di discriminazioni di razza, esercitate con la viltà di non chiamarle per quello che sono: razzismo, ed è la fine di quel populismo che ha creato nemici inesistenti ed alimentato paure che non hanno ragioni.

Il vento che ha alzato le onde del mare di Cutro, oggi soffia forte anche su questo Governo, strappandone il velo di apparente compattezza e tradendo le crepe che si celano al suo interno.

La Presidente del Consiglio, ben lontana dalla enunciata cristianità che le avrebbe imposto di andare a rendere omaggio alle vittime ed a stare vicino ai sopravvissuti, non sanerà ciò che è accaduto con una inutile e chiassosa parata. Non recupererà la stima dei calabresi, né quella di tutti i cittadini italiani e non basteranno decreti che inaspriscono le pene per gli scafisti a cancellare il ricordo di tante vittime innocenti.

Ora, Presidente Meloni, sarà lei, e non i migranti, a dover affrontare il vento che ha iniziato a soffiare forte contro il suo Governo. Chissà se avrà la forza di mantenere le mani ben ferme sul timone senza deviare verso rotte che mortifichino, ancora una volta, diritti e libertà...

di Giancarlo ARMENIA

VERSO LE ELEZIONI EUROPEE DEL 2024

Federazione Civici Nord, Centro e Mezzogiorno Federato

La riunione prevista a Roma il prossimo 18 marzo è chiamata ad approvare il documento di convocazione dell'Assemblea Nazionale nel prossimo mese di giugno e le relative modalità organizzative e di comunicazione. La prospettiva politica dei civici è quella di doversi dare una dimensione collettiva comune e un terreno politico di condivisione di valori politici ed europeisti. L'altra scelta dirimente che i civici promotori di questa iniziativa politica assumono è il convinto tentativo di portare ad un livello federativo che va oltre la dimensione civica comunale e territoriale o di associazionismo di scopo, l'impegno politico e civile cui chiamare la cittadinanza attiva che in questi anni si è sempre ritenuta essere in funzione di completamento e supporto, quando non ancillare, ad un sistema partitico che è ormai in tutta evidenza collassato.

La vocazione del civismo politico federativo è proprio quello di federare le forze e le istanze riformatrici con un metodo pragmatico di ricerca delle convergenze sul terreno delle scelte concrete e non su quello del confronto ideologico, senza per questo dimenticarsi del sistema valoriale imperniato su democrazia partecipativa dal basso. Il quadro politico e istituzionale di riferimento necessita di una radicale riorganizzazione:

L'Europa delle macroregioni e delle città è il modello per superare quello in via di esaurimento dell'Europa degli Stati nazionali e realizzare il sogno dei padri fondatori di una Europa federale unita, libera e democratica. La Presidenza provvisoria della Federazione dei civici promossa da Alleanza Civica del Nord, Alleanza Civica del Centro e Mezzogiorno Federato ha individuato nelle elezioni europee del 2024 l'obiettivo

politico principale della nascente formazione politica. Il risultato di queste elezioni determinerà alleanze e schieramenti che governeranno la nuova Europa in formazione. In questo processo vogliamo essere attori autonomi ed innovativi. L'iniziativa della Federazione dei civici per le elezioni europee del 2024 comporterà la presentazione autonoma di una lista elettorale con il nome e il simbolo di Europa Civica Federata. L'organizzazione della

Federazione dovrà quindi modellarsi sulle cinque circoscrizioni elettorali europee, e sulle 14 città metropolitane con un modello federativo a tre livelli (nazionale, circoscrizionale e metropolitano). Le circoscrizioni elettorali europee sono le più vicine ad una corretta rappresentazione delle "macroregioni europee", cosa che dà senso ulteriore all'esistenza di un coordinamento politico federale costruito su questo livello e sul livello metropolitano.

IL CROLLO DELLA SILICON VALLEY BANK

Il rischio di una nuova Lehman Brothers?

Momento difficile per il settore bancario statunitense, scosso da ben tre fallimenti di banche commerciali di primo piano. La scorsa settimana è toccato a Silvergate, prestatore centrale per l'industria delle criptovalute, tra cui quell'FTX che nel giro di pochi mesi è passato dal valore di 32 miliardi di dollari all'accusa di essere una frode su larga scala. Stessa sorte è toccata a Signature, affondata dalle scommesse sulle criptovalute, da cui proveniva il 27% dei suoi depositi. A far clamore, con pesanti conseguenze sulle piazze degli scambi, è la Silicon Valley Bank (SVB), punto di riferimento nel sostegno a startup e imprese tech della "Valley": il cui fallimento è stato annunciato venerdì dopo perdite per 1,8 miliardi di dollari in una vendita di obbligazioni. Si tratta del secondo più grande crack di una banca commerciale nella storia americana, il maggiore dal 2008 e segna la fine del "modello California" degli affari con i tassi zero. Negli ultimissimi anni aveva aumentato di varie volte i depositi liquidi accettati dalle start up fino a 342 miliardi di dollari: molte imprese innovative tenevano ferma lì la loro cassa per far fronte alle spese, in attesa di iniziare a guadagnare qualche soldo. E anche i fondi di venture capital o di private equity tenevano fermi lì i loro soldi, in attesa di trovare start up nelle quali valesse la pena investire. Insomma si comportavano tutti come se il costo del denaro nel tempo fosse sempre e soltanto nullo. Come se vivessimo ancora nel mondo pre-inflazione, nel quale le banche centrali tenevano i tassi a zero. Lo faceva anche la banca non concedendo molti prestiti con depositi per 74 miliardi. Poi la scommessa di impegnare 100 miliardi in titoli di Stato americani a tre-quattro anni che rendevano l'1,79% l'anno. Dunque, come i suoi clienti, Silicon Valley Bank si comportava come se il mondo

dei tassi zero fosse per sempre: pensava che avrebbe potuto remunerare i depositi a zero e che avrebbe guadagnato un margine netto investendo al rendimento dell'1,79%. La Silicon Valley Bank è collassata a velocità vertiginosa dopo aver annunciato una forte perdita sui suoi titoli obbligazionari e piani di rafforzamento del bilancio, facendo crollare le sue azioni e scatenando un diffuso ritiro dei depositi da parte dei clienti. La corsa a ritirarne i depositi ha condannato i piani di raccolta di capitali freschi dell'istituto tradizionalmente partner delle società di tecnologia. La crisi di SVB ha cancellato in pochi giorni oltre 100 miliardi di dollari di valore di mercato dalle banche statunitensi. Inevitabile che ci sia stato un immediato intervento delle autorità: gli istituti in crisi sono stati subito rilevati dall'agenzia federale che assicura i depositi, la FDIC. La discesa in campo del governo americano, che ha promesso misure rapide e molto generose concesse dal Tesoro americano su tutti i depositi, sono state dettate in parte da motivazioni finanziarie per riportare la calma nel sistema bancario, evitare un effetto contagio e scongiurare i timori di una nuova crisi finanziaria. Tuttavia non bisogna dimenticare che il tessuto imprenditoriale della Silicon Valley è tra i principali finanziatori del Partito Democratico. Mitt Romney, candidato repubblicano alla Casa Bianca sconfitto da Barack Obama nel 2012 e oggi senatore e Larry Summers, ex segretario al Tesoro di Bill Clinton ed ex consigliere economico dello stesso Obama, hanno chiesto che il governo americano garantisse assolutamente tutti i depositi bloccati della banca californiana fallita. Per salvare Main Street bisogna salvare Wall Street, mettere denaro pubblico senza limiti a garanzia degli errori dei gestori privati. Altrimenti le imprese di Silicon Valley con la loro cassa intrappolata

nel fallimento della banca non avrebbero più pagato i salari e i fornitori, con licenziamenti in massa e scaricando la crisi su ancora altre imprese. L'amministrazione americana ha deciso che tutti i clienti degli istituti falliti non subiranno alcuna perdita, venendo così meno al limite di 250 mila dollari di garanzia federale dei depositi. Anche i miliardari che incautamente avevano messo tutta la liquidità su un solo conto. E' esattamente ciò che il Movimento 5 Stelle esigevo a gran voce in Italia durante la crisi bancaria: mettiamo tutto a carico del contribuente. Il carattere drastico della misura dà l'idea del timore nel governo americano che, altre banche subiscano una drammatica corsa agli sportelli. Vedremo nelle prossime ore se questo basterà a calmare le acque. Per il momento la rete di protezione allestita intorno al caso SvB non ha evitato il duro contraccolpo sui mercati. La riapertura del lunedì delle Borse, dopo il fallimento, bruciano 291 miliardi di euro, e vanno a picco le banche. Piazza Affari maglia nera perde il 4% e manda in fumo 24 miliardi di euro. Wall Street chiude contrastata. Sul listino delle Blue chip penalizzato dalla forte esposizione al comparto bancario, pagano più di altri Bper (-9,5%), Banco Bpm (-8%), Unicredit (-9%). Di contro tengono i titoli legati all'energia. Ancora Italgas (+1%) in scia ai conti, poi Snam (+0,57%), Terna (+0,61%). Tra gli altri piatta Leonardo (+0,09%). Lo spread tra e Btp e Bund chiude in rialzo. Il differenziale si allarga oltre i 192 punti. A poco sono valse le rassicurazioni del ministero dell'Economia guidato da Giancarlo Giorgetti, che ha ricordato che "il sistema bancario italiano ed europeo è regolarmente monitorato dalle autorità di vigilanza e supervisione assicurandone così la stabilità".

SPECIALIZZATI NEI SETTORI TECNOLOGICI

Introdurre programmi per attrarre i lavoratori a distanza

Nel 2022 le Big Tech hanno perso più di 3 mila miliardi di dollari di valore di mercato. Amazon ha perso 1000 miliardi di dollari di valore di mercato nel giro di un anno. Le azioni di Meta perdono il 58% di valore passando dai 300 euro del gennaio 2022 agli attuali 127. Google e Microsoft hanno perso rispettivamente il 29 e 23%. Google ha annunciato 12 mila licenziamenti (6% del totale dipendenti); Microsoft 10 mila (5% dei suoi dipendenti) entro il 31 marzo; Amazon: 18 mila licenziamenti, la più grande riduzione del personale nella storia della compagnia (6% dei suoi dipendenti, 1,2% di tutta la sua forza lavoro); Meta sta attuando un suo piano di ristrutturazione del personale che prevede il licenziamento di circa 11 mila dipendenti (13%). Apple che non ha annunciato alcun licenziamento ma ha comunque bloccato le assunzioni nelle aree meno strategiche. La crisi ha toccato anche il mondo fintech con 1120 licenziamenti, 4 mila di Twitter, gli 8 mila di Salesforce, leader nel settore del CRM. Complessivamente nell'ultimo anno il conto complessivo dei licenziamenti nell'industria tecnologica americana arriva a più di 200 mila. Il numero più alto dai tempi dello scoppio la Bolla dot com della New Economy, avvenuta all'inizio degli anni duemila. Tutto il settore tecnologico ha avuto un anno difficile. La congiuntura economica poco favorevole ha giocato un ruolo centrale nel determinare l'ondata di licenziamenti. Anche nel 2000 il peggioramento dei bilanci aziendali avveniva in concomitanza con quello delle prospettive economiche globali e in una fase di politica monetaria restrittiva da parte della FED. Con la pandemia si è registrato un boom dell'economia digitale: l'alba di una seconda ondata di trasformazione digitale che ha investito ogni azienda e ogni settore. Nel 2020, il numero di utenti di Internet è cresciuto del 10%, l'aumento maggiore in un decennio. Per far fronte a questo aumento della domanda di servizi online, le Big Tech hanno implementato programmi di crescita esponenziale delle assunzioni. Le aziende hanno scommesso che i cambiamenti nel comportamento dei clienti durante la pandemia sarebbero continuati. Invece c'è stato un rallentamento fisiologico: più sport all'aperto e meno home fitness, più cene al ristorante e meno pasti ordinati con le app di delivery. Per eguagliare e alimentare questa crescita, abbiamo assunto per una realtà economica diversa da quella odierna. Tuttavia, questo riassetto è avvenuto in una fase di forti investimenti in tecnologie ancora non del tutto mature, che promettono ritorni futuri significativi ma che al momento faticano a materializzarsi. È il caso dei 36 miliardi di dollari investiti da Meta per la creazione del suo metaverso, come anche la recente notizia dell'investimento di Microsoft da 10 miliardi di dollari in OpenAI, società dietro ChatGPT, il chatbot più avanzato ad oggi. Talmente avanzato da essere in grado di superare alcuni esami professionali in campo medico, legale e accademico, intelligenza artificiale di ultima generazione che avrà un impatto, sul mondo tecnologico, pari a quello che ha avuto la nascita degli smartphone, l'intelligenza artificiale descritta come una "opportunità sostanziale". Resta una realtà di fatto: decine di migliaia di lavoratori altamente qualificati stanno tornando sul mercato. Talenti la cui carenza ha per anni costretto le aziende della Silicon Valley a rincorrerli a suon di bonus e stock option che il settore pubblico non poteva pareggiare. Il fallimento della Silicon Valley Bank produrrà un ulteriore taglio di questi livelli occupazionali altamente specializzati. Da anni i governi di tutto il mondo faticano ad assicurarsi i migliori talenti necessari per accelerare la transizione digitale in corso. Questi licenziamenti di massa possono quindi rappresentare un'opportunità per attirare lavoratori formati dalle Big Tech. E' altrettanto evidente una sempre più intensa competizione geopolitica per proporsi come meta preferita dai talenti specializzati dei settori tecnologici. La prevedibile consistente quantità di lavoratori qualificati le cui abilità professionali sono le più richieste dal mercato, rappresentano per la Pubblica Amministrazione un'appetibile opportunità che va colta.

di **Edoardo NAPPA**

Fare l'Assistente Sociale significa fare parte di una delle poche categorie detestate dall'opinione pubblica.

Eppure nasciamo dalle organizzazioni caritatevoli per poi evolvere in qualcosa di nuovo che ha avuto bisogno di molte materie (psicologia, pedagogia, diritto). Le professioni nascono anche così, studiando, scrivendo e trasmettendosi conoscenze ed esperienze. Siamo nella società, come "costruttori di reti", "professionisti dell'aiuto", mica facile!

Una delle mansioni più complesse è quella legata alla salvaguardia del minore. Quando si parla di minori, il nostro livello di attenzione si alza. Noi tutti vediamo i minori come persone del tutto indifese nella società, esposte ad offese. Quando entriamo in un'abitazione, a seguito di una segnalazione, sentiamo su di noi la piena responsabilità di essere "responsabili" di azioni che possono fare del bene (se adeguate alla situazione), o del male (se inappropriate ed inadeguate), e tante ansie correlate; non ultima, quella di non sbagliare e subire le conseguenze legali di un ns comportamento. Il garantismo nel nostro paese troppo spesso soccombe alla notizia che sbatte il mostro in prima pagina!

Gli "Assistenti Sociali rubano i bambini alle famiglie"...

Partiamo dal presupposto che il professionista è tenuto da legge ad intervenire in determinati casi.

"Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o si trova esposto, nell'ambiente familiare, a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psico-fisica [...], lo colloca in luogo sicuro". Gli organi della protezione dell'infanzia, sono, ovviamente, gli Assistenti Sociali. L'Assistente colloca il minore in comunità ma poi, immediatamente, contatta il giudice competente, dopo di che, entro 24 ore, scrive una relazione nella quale descrive le ragioni dell'abbandono e del collocamento, l'autorità giudiziaria competente si prende 72 ore per relazionare al tribunale per i minori il quale entro 15 giorni provvede a convocare un'udienza. Qui tutto si complica. L'udienza ha vari attori presenti, fra cui la famiglia, alla quale il minore viene sottratto, ma si può decidere di ascoltare anche il minore (secondo determinati parametri di età e consapevolezza)

Non che sia sbagliato sentire gli attori, per carità, del resto la nostra professione si basa sulle parole, scritte e dette, ma perché le forze in campo sono megalitiche: da una parte le forze irrefrenabili (incarnate dagli affetti e dalla volontà di ricongiungersi), dall'altra i corpi inamovibili date dalla burocrazia dalle leggi.



TUTELA DEI MINORI E UN LUOGO COMUNE

«Gli assistenti sociali rubano i bambini...»

La riforma sembra scritta sull'impianto della convalida d'arresto, dove, a ragion veduta, le persone si devono poter difendere ed interfacciarsi alla p.a. per portare le proprie ragioni. E' evidente come la legge si mostri sensibile al ruolo legale (incarnata dagli avvocati), sminuendo di fatto il ruolo sociale. Bibbiano è stata usata come "clava comunicazionale" contro il nemico politico, a scapito di servizi e minori con conseguenze senza dubbio dannose.

Quel particolare momento nel quale la famiglia inizia finalmente a riflettere su se stessa e inizia a lavorare sul suo percorso, allora il bambino viene dichiarato in "stato di abbandono" e allora si apre la procedura per l'adottabilità. Non stiamo parlando di un arresto o di un'azione per la quale si deve stabilire un colpevole, ma di un processo d'aiuto, ad una madre e un figlio allontanati. Noi tutti abbiamo un'idea tipica dell'affetto familiare, e, quando la nostra esperienza in famiglia è positiva, spesso diamo per scontato che così sia per tutti.

Chi fa una professione di aiuto sa che ogni volta che si chiude la porta di una casa, dietro quella porta si può nascondere di tutto, dal "semplice" abbandono, alla violenza sessuale su un bambino. Sta a chi è preposto capire che sta succedendo e credetemi, non

è facile. Non tutti i casi hanno la stessa gravità, alcuni sono semplici, e con un po' di volontà da parte dei genitori il minore ritorna a casa e l'allontanamento è solo un brutto ricordo, in altri quelle persone (che dovrebbero essere madri e padri), sono le persone meno indicate ad accudire un altro essere umano e il tutto è condito da un'inconsapevolezza costante e diffusa.

Uno dei fattori potenzialmente impazziti è l'informazione, informazioni reperite che vengono trasmesse informalmente alle famiglie, le quali comprendono quello che vogliono comprendere in un momento di evidente sofferenza, le relazioni (montagne di carte sullo stato dell'arte di tutto il procedimento), insomma tutto scorre, lento o veloce a seconda della gravità. Esistono i diritti, la necessità di portarli in giudizio, nessuno lo mette in dubbio, ma conciliare questo sacrosanto ufficio, con il fatto che le persone devono ricevere aiuto spesso è arduo.

Quando una famiglia va in pezzi, non si ha la contezza del male che si sta perpetrando, semplicemente perché se si sapesse quali e quanti danni un bambino riceve dalle dinamiche familiari gli adulti coinvolti si asterrebbero. Questa inconsapevolezza mette le persone in una condizione di proverbiale incoscienza.

A noi il compito di cercare di capire se il seme di una genitorialità consapevole e sana esiste, e lì parte il sostegno che può essere psicologico, sanitario in senso lato, o di "semplice" gestione del contesto (riordinare una casa sporca e inadatta ad accogliere minori).

Altro caso è rappresentato dalla sussistenza di tossicodipendenza o alcolismo, pensate che gli alcolisti e i tossicodipendenti non facciano figli? Neonati trattati con farmaci per l'astinenza da eroina subito dopo il parto è veramente un cazzotto nello stomaco.

Altro capitolo è dato dalle separazioni conflittuali, quel particolare momento in cui "mamma e papà" giocano a farsi la guerra e i figli assistono a questa guerra, con danni incalcolabili o, addirittura diventano armi scagliati contro il coniuge, perché l'amore fra uomo e donna finisce, quello per i figli no ed è una leva importante quando l'odio prende il suo posto stabile in una coppia. In quel caso si parla di danno per il minore il quale può metterci anni per ritornare alla serenità.

Il punto è: non tutti possono fare i genitori, e questo è un dato di fatto, ma se ti permetti di mettere in dubbio questo "totem" della società allora sei detestato. Certe trasmissioni televisive con pseudo divulgatori, spesso creano il caso lacrimoso. Un padre, una madre

che hanno dovuto vedere i propri figli strappati dall'assistente sociale.

Non ho mai lavorato per una casa famiglia ma spesso ci ho avuto a che fare, credo sia uno dei lavori più straordinari possibili, un ragazzo arriva (qualche volta in tenera età), spaventato ferito e disorientato e, se tutto va bene, dopo qualche anno vedi fiorire una persona, autonoma dalle piccole cose all'autonomia.

Un lavoro costante, spesso precario, nel quale si vive in simbiosi con le persone che accogli. Ad alto rischio, un lavoro nel quale spesso si vedono peggiorare le cose, il minore si confida, si libera del gioco familiare e comincia a confidare, e lì che esce fuori, spesso, il vero male del quale la famiglia è vittima.

Questa delicatezza di interventi, che si traduce nella quotidianità della vita delle persone, è il vero fulcro, perché nelle case famiglia si aggiusta ciò che non va e si cerca di creare casa e famiglia.

Questo vale per chi il lavoro vuole farlo, per chi decide di interpretare il lavoro in maniera sterile (ed in ogni ambito della vita c'è chi vuole fare meno e male), allora è tutto un altro discorso.

Vero è che in questo Paese esiste un'emergenza minorile; secondo i dati forniti dal Ministero dell'interno nell'anno 2021 i casi di abuso su minore hanno superato i 6000 eventi. 6248 denunce per abuso sessuale, quasi 17 casi ogni giorno. Un dato sconvolgente di per sé che non considera tutto il sommerso, tutto ciò che non arriva nelle aule di tribunale.

Secondo Eurostat il 12,7 % di tutti i giovani in Italia abbandona precocemente gli studi, stiamo parlando di 850.000 ragazzi che non completano l'obbligo scolastico.

Oltre 13.000 casi di minori sotto custodia della Giustizia Minorile, con reati che vanno da quelli predatori all'affiliazione alla criminalità organizzata. E tutte queste emergenze, vengono trattate con strumenti spuntati, perché spesso la strutturazione degli interventi vive della mancanza dei mezzi necessari.

Non ultimo il cattivo stato di salute dei Servizi Sociali, nelle regioni del Sud, pensate che la mancanza di risorse nelle pubbliche amministrazioni non facciano danni?

Vorrei chiudere con un minimo di speranza, magari con una frase ad effetto, ma la realtà spesso è noiosa, la realtà è che tutto chiede aiuto, ogni caso va inquadrato con la dovuta capacità, con la dovuta cura. Perché questi bambini non ci hanno chiesto di venire al mondo, siamo noi adulti a doverci prendere cura di loro.

Come spesso faccio quando non trovo più il senso di una parola quando è troppo inflazionata vado a controllare la definizione; Futuro è "ciò che sarà o verrà in seguito; che, rispetto al presente, deve ancora avvenire".

DALLA PRIMA PAGINA. CAMBIARE IL SISTEMA SANITARIO

Con 37 miliardi offerti dal Mes sanitario, a tasso inferiore rispetto a quello di mercato si può dare vigore a un'azione di riqualificazione, rigenerazione, rilancio delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale.

Lo strumento federativo dei poteri delle regioni meridionali diviene fondamentale e necessario per un sistema di scelte che siano collegate fra loro. Il percorso non deve partire da mediocri compromessi al ribasso, ma da convergenze delle coscienze e degli interessi in una scelta consortile e pattizia. Queste convergenze avvengono nella definizione dei progetti, nella loro elaborazione e nella loro realizzazione; si manifestano nella unità di contenuti e di metodo e nella loro interregionalità. Questo percorso contribuisce a determinare la formazione di una classe dirigente che assume coscienza di sé attraverso la costante continuità con il fare e può legittimamente proporsi come tramite politico-istituzionale, costituito mediante il perfezionamento di un apposito patto, rispettoso quindi della Costituzione vigente, capace di mettere insieme le istanze delle regioni meridionali per

ricondurle ad istanza unica.

Le Regioni del Mezzogiorno devono essere ricondotte ad una riorganizzazione della gestione sanitaria su base funzionale, non limitata nei confini amministrativi regionali. Questo attraverso una collaborazione sistemica regionale, ed interregionale resa possibile dalla applicazione convinta delle norme sancite dall'art.117 della Costituzione Italiana. La salute degli abitanti non può prescindere dal tenere uniti i due aspetti della salute e del sociale, base fondante del nuovo stile di una medicina di iniziativa intesa come il passaggio da un'offerta di servizi passiva e non coordinata ad un'assistenza integrata in cui ogni soggetto coinvolto svolga il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo ai cittadini interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio per la salute.

La nostra, pertanto, non è solo, per quanto necessaria, una documentata denuncia del disservizio.

La costruzione del Mezzogiorno Federato ed il riconoscimento degli interessi attivi, avviene attraverso

il disegno strategico del quale i progetti sono la materia.

Essi devono avere contenuti, finalità e tempistica che siano compatibili con il linguaggio tecnico e gli obiettivi progettuali del contraente UE, che sarà l'interlocutore permanente per l'uso di tutte le risorse disponibili sui diversi fondi comunitari monitorati attraverso il nuovo strumento di controllo sull'avanzamento degli investimenti del Ministero dell'Economia, il sistema ReGiS rivolto alla rilevazione e diffusione dei dati di monitoraggio del PNRR che mira a supportare gli adempimenti di rendicontazione e controllo previsti dalla normativa vigente.

La scelta di accedere al Mes sanitario riteniamo sia ineludibile e richiede il superamento di pregiudiziali politiche nell'interesse più generale del Paese. Bisogna correre ai ripari per la sanità.

Se il Governo crede nella sanità pubblica e vuole salvarla dovrebbe mostrare coraggio.