

Sanità: PUBBLICA e per TUTTI!

Le nostre proposte
per il Servizio Socio Sanitario Nazionale

MANIFESTAZIONE
Roma | 10 Ottobre 2020
Piazza del Popolo | ore 10.30/14.00

RICCARDO IACONA
giornalista Rai

MAURIZIO LANDINI
segretario generale Cgil

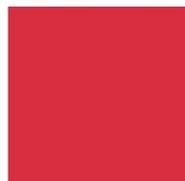
ROBERTO SPERANZA
ministro della Salute

intervengono
delegato e delegati

CGIL



CGIL



**Dall'emergenza
al nuovo modello di sviluppo:
un welfare più forte
per diritti universali**

il documento CGIL 2020

Dall'emergenza al nuovo modello di sviluppo: un welfare più forte per diritti universali

L'emergenza pandemica ha segnato in modo profondo e drammatico la vita delle persone e delle nostre comunità. Ha causato sofferenze e morti, prodotto danni economici e sociali enormi, a livello globale e ancor più nel nostro Paese, per le dimensioni del fenomeno e per le debolezze strutturali della nostra economia e del nostro sistema di welfare. Come abbiamo affermato nel documento "Dall'emergenza al nuovo modello di sviluppo": ... "Questo passaggio impetuoso della nostra storia porterà nel mondo effetti ad oggi ancora imponderabili per estensione e profondità".

Ora siamo ad un bivio, stiamo gradualmente uscendo dalla fase di emergenza, e dobbiamo scegliere come ripartire, sapendo che nulla dovrà essere come prima: perché l'emergenza ha rivelato i limiti di un sistema economico e sociale ingiusto, con profonde disuguaglianze e scarsa coesione sociale, e per questo debole nell'affrontare la sfida della pandemia e nel contenere i suoi danni. E *nulla dovrà essere come prima*, perché l'emergenza è stata aggravata, non solo in Italia e nonostante il sacrificio degli operatori sanitari, da anni di politiche di austerità fondate sui tagli alla spesa per la protezione sociale e sulla perdita di valore del welfare pubblico e del lavoro. Si sono così impoveriti i servizi sociali e sanitari e ostacolate le innovazioni e le riorganizzazioni necessarie a fronteggiare i vecchi e i nuovi bisogni per affermare i diritti delle persone. Un welfare pubblico debole, tanto più di fronte alla crescente precarizzazione e parcellizzazione del lavoro e ai cambiamenti demografici, ha reso la società più fragile e più disuguale e le persone più sole.

Siamo dunque ad un bivio. Ed è per questo che è necessaria *"una cesura e una maggiore radicalità delle soluzioni"*.

Per ripartire è necessario rispondere ai bisogni che l'emergenza ha alimentato, alle insicurezze che ha generato, e dare risposte concrete alle attese delle persone, a partire da quelle più esposte e vulnerabili. Ma soprattutto l'Italia deve adottare un nuovo modello di sviluppo e così costruire l'Europa che vogliamo. Riconoscere che una delle leve più potenti per generare diritti individuali e collettivi, sviluppo economico e lavoro, equità e benessere, è la costruzione di un rinnovato e più solido sistema di welfare pubblico - accompagnato da politiche di promozione e di coesione sociale e sostenuto da servizi pubblici forti - a partire dal rilancio del SSN.

Tutto questo richiama necessariamente un diverso modello di coesione sociale, scelte forti e concrete dello Stato e delle Istituzioni pubbliche, finanziamenti per il welfare come investimenti e non come costi da sopportare, un nuovo contratto sociale tra cittadini e Istituzioni, fondato su uno scambio equo e conveniente fra doveri fiscali e diritti sociali. Un nuovo modello di coesione sociale inclusivo, che non crea nemici, italiani o stranieri che siano, ma cittadini. Si tratta di un nuovo modello sociale e culturale, ma sempre ispirato dalla nostra bellissima Costituzione.

Nel documento "Dall'emergenza al nuovo modello di sviluppo" abbiamo dichiarato che Protezione, Inclusione Sociale e Welfare sono fattori strategici per il rilancio del nostro Paese. Ora intendiamo declinare e sviluppare questa dichiarazione, con riflessioni e proposte, che devono essere all'altezza della sfida enorme che dobbiamo affrontare, durante e oltre la pandemia.

Non si tratta di un'operazione astratta, bisogna trasformare le proposte in rivendicazioni della nostra contrattazione sociale e nel lavoro e generare una grande mobilitazione, del sindacato e delle forze della società civile che vogliono cambiare, e costruire davvero un nuovo modello di sviluppo e di convivenza sociale.

Sulla base del documento CGIL “Dall'emergenza al nuovo modello di sviluppo”, questo documento sviluppa le analisi e le proposte riferite al welfare socio-sanitario e sociale. È composto da tre Capitoli:

1) IL SERVIZIO (SOCIO) SANITARIO NAZIONALE FATTORE STRATEGICO PER GESTIRE E SUPERARE L'EMERGENZA

Riflessioni e proposte riferite al rilancio del SSN e alla valorizzazione di chi lavora per assicurare il diritto alla tutela della salute intesa nella sua globalità di benessere fisico, psichico e sociale. Per una vera integrazione tra sanità e servizi sociali, in particolare rivolti alle persone: anziane non autosufficienti, disabili, con problemi di salute mentale, con dipendenze, con cronicità, e per la salute materno infantile. Le proposte vanno sempre declinate in un'ottica di genere.

2) LA PRIORITÀ DI NUOVE POLITICHE SOCIALI UNIVERSALI

Riflessioni e proposte riferite alle politiche e ai servizi sociali e socio assistenziali, a partire dalla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni sociali. Anche in questo capitolo la prospettiva è quella di una integrazione con la sanità e con le altre componenti del welfare. Superando la logica risarcitoria in favore di un ruolo attivo dei servizi e delle politiche sociali, per promuovere i diritti e l'autonomia di ogni persona. Le proposte vanno sempre declinate in un'ottica di genere.

3) DIRITTI SOCIALI, UNIFORMITÀ E UGUAGLIANZA, A COSTITUZIONE INVARIATA

Riflessioni e proposte riferite ai rapporti fra Stato, Regioni, Enti Locali, anche di fronte alla evidente *débâcle*, in questa emergenza, di un modello di regionalismo esasperato. Un'attenzione particolare è rivolta al sistema di garanzia costituzionale per i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali e di Assistenza Sanitaria indispensabile per assicurare i diritti in modo uniforme in tutto il Paese.

Capitolo 1) IL SERVIZIO (SOCIO) SANITARIO NAZIONALE FATTORE STRATEGICO PER GESTIRE E SUPERARE L'EMERGENZA

- Contro l'epidemia da Covid-19 si è condotta, ed è ancora in corso, una dura battaglia. Le drastiche misure adottate, per prevenire la diffusione del contagio e il conseguente sovraccarico dei servizi e degli operatori sanitari, sono state dure da sopportare. È importante uscire dall'emergenza, anche per scongiurare una drammatica crisi economica e sociale, senza dimenticare che salute e sicurezza sono la priorità
- Occorre **gestire questa fase** (allentamento del lockdown e delle misure connesse), **anche per migliorare decisamente le modalità di intervento**: si pensi alle condizioni delle persone anziane ricoverate nelle strutture, alla sicurezza dei lavoratori, alla debolezza dei servizi del welfare socio-sanitario territoriale, all'effetto di gestioni dell'emergenza centrate sull'ospedale.
- Indicazioni per l'avvio delle cosiddette Fase 2 e 3, sono arrivate dalla [Roadmap](#) approvata dalla Commissione Europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, mentre il Governo ha approvato una serie di misure per l'uscita dall'emergenza e il rilancio del Paese.
- Per rilanciare il Paese dobbiamo essere consapevoli *che nulla dovrà essere come prima*. Prima di tutto bisogna riconoscere che **l'emergenza è stata aggravata**, e non solo in Italia, **dall'impovertimento dei sistemi sociali e sanitari**, colpiti dai tagli di politiche di austerità che hanno ostacolato le innovazioni necessarie, provocato una drammatica carenza di personale, di ricambio e di riconoscimento del lavoro, che ha mortificato le legittime aspettative di migliaia di

professionisti, costretti a lavori precari e sottopagati perfino nei servizi di emergenza e di pronto soccorso.

- E infatti le prime cure approntate in Italia al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la legge di bilancio 2020, pur apprezzabili, sono state immediatamente travolte dall'emergenza Covid19, che ha reclamato ben altri finanziamenti per la sanità pubblica, immediati e per il futuro. Anche per questo è irrinunciabile accedere, tra le altre, alle risorse europee rese disponibili dal Fondo MES per il 2020 e per il 2021, finalizzandole ad un piano di investimenti per la sanità.
- Inoltre, bisogna riconoscere che l'emergenza Covid-19 non è stata e non è solo questione strettamente sanitaria: per fronteggiarla e superarla l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha raccomandato una "azione globale" che tenga conto di tutti gli aspetti che influiscono sulla salute e sulla vita della persona, non limitandosi ad interventi per contenere l'infezione e tanto meno solo all'ospedalizzazione. E pensando anche alla ricostruzione. **Le Raccomandazioni OMS dedicano particolare attenzione alle persone più vulnerabili** e indicano tra i servizi essenziali da garantire quelli per l'assistenza territoriale, riferiti alle persone anziane, con patologie croniche, con problemi di salute mentale, per la salute materno-infantile e per la presa il carico di tutte le forme di disabilità. In Italia questa attenzione finora non c'era stata e viene segnalato, anche da società scientifiche, il rischio di un peggioramento del quadro epidemiologico riferito a tali patologie e condizioni, talvolta trascurate durante la fase emergenziale. Anche per questo i Piani regionali per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale previsti dal Decreto Legge "Rilancio" hanno la massima priorità. Un segnale positivo è che tali Piani devono essere rivolti in specie verso le persone più vulnerabili: soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, e in generale con fragilità.
- Alcune misure di **potenziamento nell'emergenza del Servizio Sanitario Nazionale** sono state approvate in Italia, **ma occorre ben altro, che resti oltre l'emergenza.**
- Le misure iniziali hanno scontato ancora un approccio "ospedalocentrico". Mentre ora e per il futuro sono decisive misure per rafforzare i servizi del welfare territoriale. La drammatica esperienza in corso ci ha insegnato, che non è più rinviabile un piano strutturale per il potenziamento delle **reti di assistenza socio-sanitaria territoriale**, con requisiti e standard vincolanti come quelli per gli ospedali, investimenti e assunzioni di personale, e con medici di medicina generale più inseriti nel SSN. Gli interventi previsti dalla decretazione, in particolare i finanziamenti per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale e il reclutamento di medici, di assistenti sociali e di infermieri di comunità, sono un segnale positivo, ma dovranno essere resi strutturali oltre il tempo dell'emergenza. È fondamentale una costante pressione, anche da parte del sindacato, sui Piani regionali (previsti dall'art. 1 del DL Rilancio) per il potenziamento dell'assistenza domiciliare e territoriale (definizione, attuazione, valutazione dei risultati). In particolare per fare in modo che la nuova figura dell' "Infermiere di Famiglia/Comunità" e le "Unità di continuità assistenziale" risultino inserite nel distretto socio sanitario (e quindi nelle case della salute o nei centri di salute territoriali comunque denominati). Così come è importante che i Piani siano destinati anche a potenziare i servizi di Prevenzione.
- Altrettanto decisivo è recuperare il ritardo nell'utilizzo delle **tecnologie digitali per la teleassistenza e la telemedicina**, che si è manifestato clamorosamente e con effetti drammatici in questa emergenza.
- Infine, **occorre finalmente venga riconosciuto**, anche con nuove regole di stabilità europee, **che la spesa sanitaria e sociale**, se qualificata e orientata ad affrontare le priorità che emergono dalla situazione epidemiologica, sociale ed economica, **è un formidabile investimento per un nuovo sviluppo sostenibile, capace di creare buona occupazione e benessere diffuso.**

Le misure necessarie:

- **1) AUMENTARE IL LIVELLO DI FINANZIAMENTO DEL FONDO SANITARIO NAZIONALE (FSN)**, anche per recuperare il [divario](#) rispetto al FSN di altri Paesi Ocse. Primo passo è proteggere i finanziamenti per la sanità pubblica dagli andamenti negativi del PIL (in funzione anticiclica e strutturale), quindi definire un programma pluriennale di finanziamento per allineare il FSN almeno a quello di altri Paesi europei.
- **2) AUMENTARE IL FINANZIAMENTO PER IL SISTEMA DEL WELFARE SOCIO ASSISTENZIALE**; definendo i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) Sociali, anche **per la indispensabile integrazione con i corrispondenti LEA sanitari** (si pensi alla Non Autosufficienza) e privilegiando la presa in carico della persona e i servizi alle prestazioni monetarie; *per le proposte si veda il successivo Capitolo 2) “La priorità di nuove Politiche Sociali”.*
- **3) FINALIZZARE GLI AUMENTI DEL FINANZIAMENTO**, in tutto o in parte, alle misure prioritarie innovative (vedi successivi punti da 4 a 11), anche per quanto riguarda l’utilizzo dei fondi europei destinati alla gestione e al superamento dell’emergenza Covid-19 per rendere e prioritaria la riorganizzazione territoriale, un riadeguamento dell’offerta ospedaliera, un recupero della grave carenza di personale, la creazione di una infrastruttura immateriale innovativa.
- **4) UN PIANO STRAORDINARIO DI INVESTIMENTO SULLE RISORSE PROFESSIONALI DEL SSN**, attraverso una revisione condivisa dei fabbisogni, sia per l’ospedale che per il territorio, la stabilizzazione dei precari e la piena valorizzazione dei professionisti, tutti, dell’organizzazione del lavoro e della partecipazione sindacale attraverso l’avvio immediato delle procedure di confronto per i rinnovi contrattuali.
- **5) UN PIANO NAZIONALE PER POTENZIARE LA RETE DEI SERVIZI SOCIO SANITARI TERRITORIALI (ReSeT)**, armonizzando le diverse norme per l’assistenza sociale e sanitaria territoriale, emanati anche durante l’emergenza Covid19, compresi i Piani regionali previsti dal DL Rilancio. Il **Piano ReSet** si articola, in alcune misure:
 - Un **“Decreto ReSet”** che fissi standard, indicatori e requisiti vincolanti per la programmazione regionale (e per il monitoraggio sul rispetto dei LEA), **integrandoli con quelli vigenti per la rete ospedaliera** (ex DM 70/2015).

Nel Decreto, una particolare attenzione andrà dedicata ai fabbisogni di personale e ai relativi piani assunzione (da concordare con le OO.SS) e alla riorganizzazione dell’Assistenza primaria (Medici di Medicina Generale MMG e Pediatri di Libera scelta PLS) e della sanità di iniziativa, che coinvolge tutte le professioni. Valutando in che modo ridefinire in un unico perimetro contrattuale i rapporti di lavoro di tutti i professionisti con il SSN.

Caratteristiche della riorganizzazione dal Decreto ReSeT sono:

- assicurare la **continuità assistenziale** (presa in carico, dimissioni protette, percorsi diagnostico-terapeutici, assistenza d’iniziativa, ecc), *organizzando legami forti* (e strutture intermedie) tra domicilio, servizi territoriali, spesso assenti, e ospedali;
- diffondere strutture territoriali pubbliche forti e visibili, come le **Case delle Salute** dove i cittadini, oltre al medico di fiducia, devono trovare tutti i servizi e i professionisti (sanitari e sociali) di cui hanno bisogno, o esserne avviati per averne accesso;

- sostenere **una vera integrazione tra sanità e sociale** per una risposta unitaria alla persona, superando l'attuale rigida separazione fra assistenza sociale e sanitaria. In base alle Raccomandazioni OMS (es. "[Urban Health Initiative](#)" - [Dichiarazione di Shangai](#)) e sull'esempio "[La città che cura](#)" che sperimenta politiche integrate per la salute nelle città;
- sostenere la diffusione di un'assistenza **socio sanitaria "d'iniziativa"**, secondo il "Chronic Care Model" raccomandato dall'OMS, e che implica un potenziamento del ruolo degli infermieri e una loro a maggiore interazione con i Medici di MG;
- Sostenere il riconoscimento delle **differenze di Genere** nella programmazione, organizzazione e valutazione dei servizi socio sanitari;

Il processo di revisione dell'assistenza Territoriale finalizzato all'integrazione dei servizi socio-sanitari offerti alla cittadinanza passa attraverso l'individuazione di nuclei assistenziali (es. le case della salute) polifunzionali, multiprofessionali e multidisciplinari, collocati nei distretti, in cui tutti i professionisti della Medicina Generale, della Specialistica Ambulatoriale e dei DSM e della Dipendenza operino nello stesso perimetro organizzativo e contrattuale, per la presa in carico delle persone nel naturale evolversi del ciclo di vita, dalla nascita all'età adulta, secondo percorsi di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione nell'articolazione omogenea delle strutture socio sanitarie pubbliche, del privato convenzionato e del terzo settore.

○ **Specifici progetti e strumenti nazionali e regionali riferiti al potenziamento dei Servizi socio sanitari ad alta integrazione:**

- **Non Autosufficienza** (proposte per una [Legge sulla Non Autosufficienza](#)) (*sulla Non Autosufficienza si veda anche il successivo punto 11 e il Capitolo successivo "La priorità di nuove Politiche Sociali universali"*)
- **Salute Mentale** (proposte della [Conferenza nazionale Salute Mentale 2019](#) e [l'Appello 2020](#)),
- **Dipendenze** (proposte sui Lea: "[Riduzione del Danno e Limitazione dei Rischi nei LEA](#)")
- **Consultori familiari** (proposte "[Linee guida per una Piattaforma sui Consultori](#)" e Piattaforma CGIL di Genere: "[Tutte insieme. Vogliamo tutto](#)")
- **Carcere** ... (proposte ... "[Appello: proposte per l'emergenza carceri](#)" - "[Covid-19 e carcere](#)")

- **6) UN CRONOPROGRAMMA PER ACCELERARE E AGGIORNARE L'ATTUAZIONE DEI PROGETTI PER LA TELEASSISTENZA E LA TELEMEDICINA** (e in generale quelli riferiti all'eHealth), recuperando il ritardo manifestato nell'emergenza Covid19.

Governo Conferenza delle Regioni decidano subito come superare frammentarietà e interoperabilità/incompatibilità fra sistemi regionali e nazionale. Bisogna agire oltre il terreno più esplorato, quello dell'assistenza ospedaliera, con una visione che preveda tecnologie digitali per un welfare di comunità integrato fra sanità e sociale e sia orientato alla persona, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni ..." (come indica il Patto Stato Regioni per la Salute Digitale). Lo stesso FSE potrebbe diventare sociosanitario e non solo sanitario. Analoghe potenzialità presenta **lo sviluppo della domotica, dei dispositivi e dei servizi e-Care** rivolti alle persone non autosufficienti o nell'assistenza anche ospedaliera di malati Covid-19 meno gravi.

▪ **7) RISTABILIRE UN RUOLO FORTE DELLA PREVENZIONE E DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE**

L'emergenza Covid-19 ha reso visibile quanto sia essenziale il ruolo della prevenzione (e dell'epidemiologia) in caso di malattia infettiva, ha obbligato a praticare l'applicazione dei protocolli esistenti, e a rivederli in ragione delle nuove caratteristiche della pandemia. Tutte le misure applicate e in via di applicazione (dal lockdown ai dispositivi di sicurezza) sono stati, ovviamente, finalizzati a contenere il contagio. Proprio l'esperienza acquisita suggerisce di aggiornare il "[Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale](#)", e a dedicare una particolare attenzione alla Sicurezza nel lavoro e alle disuguaglianze di salute e di malattia che si sono manifestate nell'emergenza Covid-19.

Tuttavia, come raccomanda l'OMS, nemmeno pressati dall'emergenza e mentre infuria la pandemia, si può dimenticare che le principali cause di morte e malattia sono legati a quella che viene definita "l'epidemia delle cronicità". Dove i livelli di salute delle persone e delle Comunità dipendono da diversi aspetti non solo sanitari ma socio-economici (reddito, istruzione, ambiente, relazioni, lavoro, ecc.). Peraltro, proprio l'emergenza e le strategie di uscita suggeriscono di agire sulle scelte politiche che producono benessere globale: la salute in tutte le politiche. Per affermare questa idea globale di salute e di prevenzione/promozione della salute serve una grande partecipazione. Servono sedi di confronto regionali e locali, aperte alla partecipazione delle forze sociali. Il Paese sta pagando, a duro prezzo, anni di disinvestimento, in termini di risorse umane e finanziarie, nei servizi della prevenzione complessivamente intesi, dalla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro fino all'ambiente. Occorre una finalizzazione e un vincolo sulle risorse da dedicare ai capitoli di spesa sulla prevenzione complessivamente intesa, ricomprendendo, a proposito di ambiente, anche le Agenzie Regionali per la Prevenzione Ambientale (ARPA).

Per questo proponiamo di promuovere una **Conferenza nazionale per la prevenzione e la promozione della Salute** organizzata da Regioni e dall'Anci, con il Governo, in alleanza con forze sindacali e sociali. La Conferenza va costruita con un percorso partecipato di assemblee territoriali e regionali, attento in particolare alle disuguaglianze di salute, alla sicurezza dei luoghi di lavoro e alle differenze di genere. Obiettivo è destinare alla Prevenzione il 5% del FSN, e investire risorse per generare benessere (la salute in tutte le politiche) e risanamento ambientale.

- **8) UN NUOVO SISTEMA DI GARANZIA PER I LEA.** Serve una nuova Intesa fra Stato, Regioni, Enti Locali, sulla scorta delle indicazioni del nuovo Patto per la Salute, per assicurare il diritto ad un'**uniforme ed equo accesso in tutto il territorio nazionale alle prestazioni e ai servizi** (come prevede la Costituzione). Si tratta di completare il processo di costruzione del Nuovo Sistema di Garanzia sul rispetto dei LEA (avviato con la definizione dei nuovi Lea nel 2017 e ripreso nel Patto per la Salute 2019/2021) e cioè: approvare i provvedimenti (es. tariffari) per attuare le nuove prestazioni (es. assistenza specialistica, protesica); aggiornare costantemente i Lea; definire i PDTA per alcune tipologie assistenziali; perfezionare il set di indicatori per il monitoraggio (consolidato per l'ospedale ma ancora carente per l'assistenza territoriale e la prevenzione); attuare nei tempi previsti il nuovo sistema di obblighi della regione in caso di punteggio carente sul rispetto dei Lea; superare definitivamente la logica dei piani di rientro con i nuovi piani di potenziamento Lea e in tal senso rivedere il sistema di premi e sanzioni. Inoltre occorre prevedere veri e propri piani di convergenza, sostenuti dallo Stato, per le regioni in difficoltà. Tutto ciò deve aiutare in particolare a recuperare i divari territoriali sui Lea, nord sud in specie, e alla luce del proliferare disordinato di misure regionali avvenuto nella gestione dell'emergenza (consapevoli che il divario nord sud è strutturale, riguarda altri settori della società e dell'economia e necessità di un ventaglio di misure ben più ampio che l'azione sui Lea).

Il sistema di garanzia dei LEA va declinato in un'ottica di genere. Il Piano nazionale (e quello delle singole regioni) per il Governo delle Liste di Attesa e il Piano della Mobilità sanitaria sono parti del sistema di garanzia LEA. *Sull'argomento garanzia dei LEA si veda il successivo Capitolo 3) "DIRITTI SOCIALI, UNIFORMITA' E UGUAGLIANZA A COSTITUZIONE INVARIATA".*

- **9) UN PIANO PLURIENNALE PER L'EDILIZIA E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO.** Vanno utilizzati gli incrementi stanziati con l'ultima legge di bilancio e finalizzati i Fondi Europei, a partire da quelli del MES. Priorità va data alla messa in sicurezza delle strutture (piano zone sismiche), all'umanizzazione e al decoro dei luoghi di cura (vedi anche il punto 11), con un'attenzione per i servizi territoriali e all'utilizzo diffuso di nuove tecnologie per rendere più semplice e rapido [l'accesso ai servizi](#).
- **10) SALUTE FONDAMENTALE DIRITTO: UN NUOVO RAPPORTO TRA PUBBLICO E PRIVATO.** Vanno definite nuove norme per assicurare che le prestazioni previste dai Lea siano erogate con regole di collaborazione e non competitive, nel rispetto della programmazione, dei requisiti e degli standard di accreditamento di quantità e qualità (anche per il personale) e della valutazione pubblica. **La stagione del "quasi mercato" (modello lombardo) e del pubblico che si ritira per dare spazio al privato profit si è dimostrata fallimentare.** Perciò occorre valutare quali attività proprie del sistema pubblico e universale non possano essere cedute e anzi debbano rientrare nella gestione diretta. La revisione complessiva, sia per l'ospedale che per i servizi territoriali, nelle normative sull'autorizzazione e sull'accreditamento delle strutture, deve contribuire a riportare il sistema ad una governance nazionale (come peraltro previsto dal Patto per la Salute 2019/21). E deve rafforzare le garanzie sia per gli utenti sia per chi lavora nei servizi accreditati e convenzionati.
- **11) RESTITUIRE DIRITTI E DIGNITÀ ALLE PERSONE ANZIANE, RESTARE A CASA PROPRIA, IL DECORO DEI LUOGHI DELLA CURA.** L'emergenza Covid19 ha svelato quello che sapevamo ma non si voleva ammettere: ancora una volta sono *le persone rinchiusi nelle istituzioni totali* a pagare il prezzo più alto. Certo la maggior incidenza della mortalità e della morbosità tra le persone più anziane è dovuta a determinanti non facilmente dominabili (multimorbilità, fragilità dell'età) e non sono dipendenti dal ricovero in sé; ma non poco ha pesato il fatto che l'anziano fosse confinato in istituzioni chiuse (RSA, Case di Riposo). Peraltro i dati pubblicati dai [rapporti periodici ISS sulle RSA](#) sono significativi, anche se non esaustivi. Naturalmente sarebbe opportuno **valutare se e quanto le diverse qualità e soluzioni organizzative di questi luoghi abbiano diversamente influito** sugli effetti del Covid19 per le persone ricoverate.

Quel che rimane di sfondo è l'impressione, amara, che **troppe persone anziane non autosufficienti** (ma questo riguarda tutte le persone disabili) ad un certo punto della loro vita debbano inevitabilmente finire in luoghi separati, *per natura* organizzati come "fabbriche dell'assistenza" (anche le migliori strutture!), troppo spesso pressate dal rispetto di condizioni di lavoro e di funzionamento dettate da convenzioni o appalti molto, molto economici e poco umani. E dove la pratica della contenzione è molto diffusa. Ecco perché si deve reclamare con forza il diritto a vivere, e a morire, a casa propria. O dove non sia davvero possibile a vivere, e a morire, in luoghi rispettosi della dignità della persona umana e della sua libertà come vuole la nostra Costituzione. Per questo, proprio grazie al dramma dell'emergenza che viviamo, è tempo di rivedere regole e soluzioni per affrontare **il diritto alla vita delle persone anziane, tanto più se non più autosufficienti, e alle persone disabili di ogni età.**

La questione di fondo è che l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno talmente denso di conseguenze che richiede un ripensamento profondo dei sistemi sanitari e sociali, dove organizzazione territoriale dei servizi sanitari e integrazione socio sanitaria, con tutti i complessi corollari correlati, rappresentano il binomio imprescindibile da cui partire, perché sono le grandi

carenze presenti nel sistema attuale. Nonostante le persone anziane siano il 23% della popolazione, il Paese non ha una risposta ai loro bisogni di salute e assistenza. E sia il modello domiciliare del badantato che quello custodialista delle Rsa hanno dimostrato tutti i loro limiti.

Tutto ciò riguarda un nuovo sistema di sostegno alla vita autonoma, un nuovo equilibrio a favore delle soluzioni di vita e di assistenza a domicilio (a casa propria o in co-housing), compresa una riqualificazione del lavoro di cura delle badanti, una radicalmente diversa organizzazione delle strutture residenziali e semiresidenziali, compresa la loro collocazione in ambito pubblico e una revisione del sistema di accreditamento che introduca nuovi e migliori standard (strutturali, professionali, organizzativi, ecc). Così riqualificate, le strutture residenziali e semiresidenziali possono diventare una risposta adeguata per le persone in condizione di non autosufficienza tale da non poter essere assistite in famiglia o con altre soluzioni. Ciò può permettere anche una più attenta valutazione dei fabbisogni, avendo attenzione in particolare alle strutture dedicate a persone con demenza, Alzheimer, deficit cognitivi, ecc, che oggi hanno in liste di attesa infinite e costi spesso inarrivabili per tante famiglie. Tali strutture dovrebbero essere dedicate anche a funzioni di sollievo temporaneo per le famiglie (dove il carico assistenziale riguarda soprattutto le donne). Si tratta di questioni cruciali **della Legge sulla Non Autosufficienza che rivendichiamo** e che riguardano anche il Piano nazionale per la cronicità.

Sull'argomento si veda anche il precedente punto 5 e il successivo Capitolo 2 "La priorità di nuove Politiche Sociali universali".

Capitolo 2 LA PRIORITÀ DI NUOVE POLITICHE SOCIALI UNIVERSALI

- La crisi epidemiologica in corso sta dimostrando in maniera inconfutabile la necessità di ripensare e, soprattutto, rafforzare il sistema di welfare pubblico al fine di renderlo pienamente universale e capace di prendere in carico tutta la popolazione sia rispondendo alla molteplicità di bisogni che possono presentarsi nel corso della vita di ciascuno e di cui questa crisi è stata uno spietato agente moltiplicatore, evidenziando con numeri "emergenziali" carenze drammaticamente "ordinarie", sia facendosi promotore e garante dell'**uguaglianza sostanziale dei cittadini**.
- Non può esistere una Fase 2, una Fase 3 o un ritorno alla piena normalità, che non **metta al centro**, oltre alle necessità economiche e produttive, anche i bisogni sociali e conseguentemente la messa in atto di tutte le politiche necessarie affinché la ripresa sia accompagnata dal riconoscimento dell'**onere pubblico di rendere esigibili quei diritti fondamentali a garantire una dignitosa esperienza di vita a tutti**. Quei **diritti da assicurare**, innanzitutto, **con i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali** la cui definizione non è più procrastinabile né condizionabile alle risorse "date", ma solo ai diritti da tutelare al fine di assicurare la liberazione dai bisogni e l'uguaglianza delle opportunità.
- È necessario che lo Stato si faccia promotore e garante dell'uniformità del diritto alla salute, all'istruzione, al lavoro, all'assistenza e alla mobilità in tutto il territorio nazionale. Un'uniformità che può essere garantita solo dal sistema pubblico (come questa emergenza ha dimostrato), che deve essere inquadrata nella definizione di criteri di attuazione delle politiche e di standard qualitativi delle prestazioni erogate in modo universale e che **restituiscano allo Stato la centralità nella garanzia dei diritti ai cittadini, affidando alle istituzioni territoriali la gestione e l'organizzazione dei servizi, in forma associata, ove possibile, e integrata**, in un rinnovato equilibrio tra unità e decentramento finalizzato a raggiungere in contesti differenti standard

uniformi e sviluppare buone pratiche da mettere a fattor comune. Un'uniformità resa ancor più necessaria dalla crisi in corso e dalle conseguenze che essa avrà nel breve e lungo periodo sulla popolazione.

- Se la **piena definizione dei LEP Sociali** richiede elaborazioni di medio periodo che mal si conciliano con la necessità di dare risposte immediate alla crisi sociale in atto, è, però, dalla crisi sociale in atto che si deve partire **per porre le basi di quello che deve essere**, nel più breve tempo possibile, **l'edificazione di un sistema definito e articolato di politiche pubbliche** che liberino, oggi come in futuro, le persone dai bisogni che ne impediscono il pieno sviluppo e l'effettiva partecipazione alla vita del Paese (come sancito nel, spesso citato, art. 3 della Costituzione).

POLITICHE SOCIALI SOSTENIBILI

- **La spesa per i servizi sociali** dei Comuni è pari allo 0,4% del PIL. Dovrebbe bastare questo dato a certificare quanto sia non più rinviabile un'inversione di rotta i cui costi, in termini di bilancio pubblico, al netto di una eventuale razionalizzazione delle spese, nel breve periodo saranno indubbiamente ingenti, ma i cui benefici – anche in termini di risparmio per i minori oneri sociali generati – nel medio, lungo periodo sono indiscutibili. Così come è indiscutibile quanto sia una scelta prettamente politica quella di **riconoscere la spesa sociale come una condizione essenziale dello sviluppo del Paese**, della produttività individuale e quindi collettiva, mettendo in atto tutti i provvedimenti necessari a promuovere l'uguaglianza sostanziale dei cittadini e restituendo allo Stato il compito di prevenire e contrastare la disuguaglianza e le sue conseguenze.
- **Le risorse stanziare (già previste e aggiuntive) dovranno essere vincolate** a un piano di riforme e innovazioni nel rispetto di un programma di investimento pubblico nei servizi sociali capace di fare sistema, soprattutto in termini di integrazione fra sociale e sanità e altre politiche, e realizzare gli obiettivi indicati secondo standard definiti a livello nazionale.

LE PRIORITÀ SOCIALI CHE CI CONSEGNA LA CRISI COVID-19

L'emergenza Covid-19 ci ha dimostrato:

- quanto sia indispensabile un'integrazione tra Servizi Sociali e SSN per la tutela della salute intesa, secondo la definizione OMS, come benessere fisico, psichico e sociale; (si veda capitolo 1)
- quanto sia frammentato il mercato del lavoro e quanto sia escludente il sistema di ammortizzatori sociali;
- quanto sia necessaria una misura di contrasto alla povertà adeguatamente strutturata e finanziata che accompagni sostegno al reddito con presa in carico e percorsi di inclusione;
- quanto il sistema di welfare sia fondato sulle reti parentali e sui trasferimenti monetari anziché su una fitta rete di servizi pubblici;
- quanto l'attenzione ai più fragili sia tardiva e risarcitoria, insufficiente o sia stata appaltata al volontariato con la progressiva riduzione del perimetro di intervento pubblico.

Quanto sia frammentato il mercato del lavoro e quanto sia escludente il sistema di ammortizzatori sociali

- Aver posto all'ordine del giorno del dibattito pubblico la necessità di una misura universale di contrasto alla povertà che ha portato all'introduzione (dopo un anno di Reddito di Inclusione) al Reddito di Cittadinanza RdC – ferme restando le sue criticità – ci consente oggi di sapere che almeno una parte della popolazione più fragile, ha ricevuto una forma di sostegno al reddito anche in questa situazione drammatica. Ma questa crisi ha posto sotto gli occhi di tutti

che questo importante strumento, che può e deve essere migliorato, non basta. Se il RdC è (o dovrebbe essere) uno strumento finalizzato a sostenere chi è in condizione di povertà e ad avviare percorsi di inclusione sociale e lavorativa volti a uscire dalla condizione di bisogno, **a mancare totalmente** – e le molteplici (e comunque insufficienti) indennità introdotte dai decreti emanati per affrontare l'emergenza, incluso il Reddito di Emergenza, ne sono la prova – **è una misura che impedisca alle persone di cadere in povertà in ragione della perdita di reddito da lavoro**, ricevendo una forma di sostegno a prescindere dalla loro condizione occupazionale precedente.

- Supereremo l'emergenza epidemiologica e torneremo alla "normalità", ma il mercato del lavoro continuerà ad essere sempre più frammentato e, dunque, la necessità di **una misura universale di sostegno al reddito, non condizionata alla prova dei mezzi, in aggiunta al sistema degli ammortizzatori sociali**, che garantisca i lavoratori discontinui, che sostenga le persone nei percorsi di formazione e riqualificazione, che sostenga tutti i lavoratori "non standard" nei periodi di non lavoro, è ineludibile. È necessario introdurre **il Reddito di garanzia e continuità, finanziato dalla fiscalità generale**.

Quanto sia necessaria una misura di contrasto alla povertà adeguatamente strutturata e finanziata che accompagni sostegno al reddito con presa in carico e percorsi di inclusione

- **La lotta alla povertà** è e purtroppo sarà ancora più centrale nei prossimi mesi e anni per le conseguenze che questa crisi avrà su un'ampia parte della popolazione. È, dunque, prioritario **rafforzare e migliorare il Reddito di Cittadinanza, eliminandole le sperequazioni e le discriminazioni dei criteri di accesso** che penalizzano le famiglie numerose e con minori, ed escludono gli stranieri, (correggendo la scala di equivalenza ed abrogando il vincolo anagrafico di 10 anni di residenza e gli obblighi di certificazione aggiuntivi), e cancellando le storture culturali volte a colpevolizzare i beneficiari in quanto persone in povertà, rafforzando e **migliorando le modalità di presa in carico per favorire percorsi di inclusione sociale** che tengano conto della multidimensionalità dei bisogni e percorsi di inclusione lavorativi adeguati e non vincolati a specifiche eccessive condizionalità. Una presa in carico che per essere efficace non può prescindere dal rafforzamento dei servizi sociali al fine di assicurare il pieno accompagnamento dei beneficiari la misura, e dalla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi che renda l'infrastruttura sociale territoriale – attraverso gli ambiti territoriali - capace di rispondere e prevenire le necessità dell'intero nucleo familiare in condizione di bisogno (sanitario, educativo, assistenziale, abitativo...).

Quanto il sistema di welfare sia fondato sul lavoro, sulla rete parentale, e sui trasferimenti monetari anziché su una adeguata rete di servizi pubblici;

- È ora di passare dal sistema di welfare, basato sulla condizione lavorativa e familiare, al sistema di **welfare universale** in cui i diritti sono fondati sui bisogni e lo Stato tramite il sistema di servizi pubblici ne garantisce l'esigibilità a tutti in quanto diritti di cittadinanza. In questo senso la definizione dei LEP e la loro concreta attuazione sono decisivi.
- **I trasferimenti monetari**, in cui si traduce buona parte della nostra spesa sociale, possono essere una necessaria **integrazione** – in ragione di determinate condizioni di bisogno - **a un sistema articolato di servizi** (che oggi è carente in gran parte del territorio) che prenda in carico e che assicuri l'accesso a prestazioni, ma non può essere l'unica forma di intervento pubblico rivolto ad anziani, non autosufficienti, minori... che ottenuto il trasferimento vengono abbandonati a loro stessi.
- Se il lockdown ha imposto a tante famiglie un tempo condiviso – e questo in alcuni contesti ha acuito conflittualità con le conseguenze che è necessario affrontare -, la riapertura sta

evidenziando tutti i **limiti di un sistema di welfare “familiare”**: di bambini affidati ai nonni, di persone non autosufficienti affidate a badanti, di attività di socializzazione, crescita e autodeterminazione (sport, musica, cultura...) demandate ai privati. Quindi serve un nuovo modello di rapporto tra sistema di welfare e persone/famiglie che non scarichi sulle donne, sui nuclei familiari, sui cittadini e sul terzo settore (più o meno volontario) doveri che devono restare pubblici perché siano assicurati diritti a tutti.

- **Durante il lockdown sono state chiuse tutte le scuole** di ogni ordine e grado e sospese tutte le attività educative e di socializzazione. I provvedimenti del Governo per sostenere le famiglie sono stati: **giorni di congedo straordinario al 50% o bonus per servizi di baby-sitting e per centri estivi, servizi socio-educativi e integrativi**. Anche fossero provvedimenti fruibili da tutti (e non lo sono), non sarebbero sufficienti a coprire il “tempo scuola” cancellato, lasciando i genitori – che siano lavoratori essenziali o meno – nella contraddizione di aver vissuto un “tutti a casa”, non potendo contare sui “nonni” (soggetti a rischio) e dovendo chiamare baby-sitter per occuparsi dei figli in orario di lavoro. In alcuni Paesi hanno lasciato aperti i servizi scolastici della prima infanzia per i figli dei lavoratori essenziali. Qui, anche volendo, non sarebbe stato possibile, perché il nido non è garantito in tutta Italia. Tanto siamo lontani dal riconoscimento di diritti soggettivi a tutti.

Senza entrare in questa sede nel merito delle conseguenze che sta producendo la chiusura prolungata della scuola, soprattutto in termini di incremento delle disuguaglianze, di rischio di abbandono scolastico e di povertà educativa, è facilmente prevedibile quanto in questi mesi di graduale ritorno alla normalità il panorama non può che essere anche peggiore. Sono riaperte le attività produttive, ma non le scuole e in questo contesto la gravità dell’assenza di una efficace rete di servizi socio-educativi e ricreativi pubblici rivolti ai minori assumerà toni drammatici, sia per i minori – ancora privati di spazi di socializzazione e crescita che la rete pubblica non garantisce ovunque e per tutti – sia per i genitori che dovranno vivere nei fatti una prolungata “inattività” dei figli e successivamente dovranno conciliare la riapertura delle scuole (come, quando?) con la riorganizzazione dei tempi di lavoro che sarà richiesta dalla necessità di garantire il distanziamento sociale ancora per molti mesi.

Se i servizi educativi e scolastici hanno una loro peculiarità indiscussa e dovranno essere ricalibrati sulle mutate circostanze, la portata della crisi e il protrarsi delle necessarie misure di contenimento implicheranno **una riorganizzazione di tempi e modi di vita di tutti, rendendo necessaria la messa in campo di adeguate politiche pubbliche rivolte ai minori**, i cui bisogni di sviluppo e crescita non sono circoscritti al tempo scuola, non devono essere posti in secondo piano e non possono essere demandati integralmente al sistema privato.

- **La cura delle persone non autosufficienti e disabili** è affidata prevalentemente alla rete parentale o a un accordo privato con “badanti” (spesso non in regola) a costi ormai non più sostenibili e spesso senza rapporti con i servizi socio sanitari pubblici; e molti, troppi, anziani vivono una parte della loro vita in strutture residenziali (Rsa, Case di Riposo), anch’esse molto onerose, e che, anche quando ben organizzate, riproducono inevitabilmente l’istituzione totale, allontanando la persona dalla propria comunità. Non può essere questo il welfare che assicura diritti e dignità alle persone anziane, tanto più se non autosufficienti.

In questa emergenza, le attività della rete di centri diurni – dove presenti - sono state sospese in ragione della crisi e cosa sia successo a tante di queste persone – fossero in carico ai centri o meno - in queste settimane sarà forse difficile scoprirlo. Ma ciò rende indispensabile immaginare – anche per i tempi ordinari - una rete pubblica di accompagnamento e di presa in carico vera e propria per i soggetti in condizione di fragilità, cui accompagnare l’eventuale trasferimento

monetario, che agisca in modalità integrata con la struttura sanitaria. Una necessità ineludibile per affrontare le conseguenze straordinarie della crisi.

Nell'immediato occorre una regia nazionale, anche con interventi di sostegno agli Enti Locali e al Terzo Settore e ai lavoratori, riguardo la riapertura di questi servizi (vedi articolo 8 DPCM del 26 Aprile 2020 e i Piani Territoriali promossi dalle regioni).

Sulla Non Autosufficienza si veda il punto 4 e il punto 10 del precedente Capitolo "Covid 19, il welfare fattore strategico per gestire e superare l'emergenza".

Quanto l'attenzione ai più fragili sia tardiva e risarcitoria insufficiente o sia stata appaltata al volontariato

- Un tema che deve acquisire centralità è **come prevenire la caduta in povertà**, non solo con adeguate politiche di sostegno al reddito (*cf. sopra*), ma anche con adeguate **politiche di prevenzione e contenimento delle molteplici cause sociali** da articolare in un efficace sistema integrato di servizi capace di prendere in carico e – dove il servizio pubblico non può arrivare – in trasferimenti monetari, a valere su Fondi specifici, finalizzati a contenere e prevenire la condizione di disagio. Tra questi deve assumere **centralità il disagio abitativo**. La spesa sociale per la casa, in Italia, è tra le più basse d'Europa, pur essendoci la metà delle famiglie povere che vive in affitto e circa un terzo dei nuclei in locazione che sostiene un canone superiore al 30% del proprio reddito. È, dunque, necessario attuare tutte le necessarie politiche di contrasto al disagio abitativo che prevengano il rischio di perdere la casa, a partire dal rafforzamento del Fondo Nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione e del Fondo per morosità incolpevole, e di sostegno all'abitare con un Piano nazionale di edilizia pubblica e sociale a costi sostenibili e a consumo di suolo zero che coniughi progetti di rigenerazione urbana a interventi finalizzati alla riduzione del disagio abitativo.
- L'attenzione ai più fragili, alle povertà estreme, ai senza dimora e al soddisfacimento dei loro bisogni, è affidata ai Comuni che, troppo spesso, la delegano alle associazioni di volontariato e di **Terzo Settore**. In alcuni casi, l'intervento del privato sociale, degli enti caritatevoli, dell'associazionismo è indispensabile per raggiungere persone altrimenti totalmente invisibili. E' quindi essenziale la presenza nel territorio di questi soggetti, secondo una concezione di sussidiarietà non competitiva, con cui deve sussistere un rapporto collaborativo e non di mero appalto con le istituzioni territoriali, fermo restando la centralità delle istituzioni pubbliche. Ciò che l'emergenza Covid-19 ha mostrato, invece, è quanto i servizi sociali comunali – mai adeguatamente strutturati e finanziati – abbiano in tante realtà faticato a rispondere all'aumento dei bisogni di un parte di popolazione già in difficoltà e, ancor di più, di quella che lo si è scoperta improvvisamente per le misure di isolamento, e quanto lo abbiano fatto con modalità differenti, ben oltre quanto lo richiedessero le effettive peculiarità locali. Si rende, dunque, necessario non solo **una maggiore strutturazione dei servizi sociali comunali**, ma anche una **definizione di standard nazionali** – anche riferiti al personale - cui sono chiamati a conformarsi tutti gli Enti Locali affinché, pur nel rispetto e nella valorizzazione della prossimità e delle specificità territoriali, l'attività di presa in carico differisca unicamente in ragione dei bisogni della persona e non dell'ente che la opera.
- Si pone inoltre il tema di un riequilibrio del rapporto pubblico/privato, con la necessità che il pubblico svolga in misura prevalente il ruolo di gestione diretta dei servizi, oltre ad esercitare e potenziare la funzione di governance e ancor più di controllo; questo deve comportare la possibilità di mettere in campo anche processi di reinternalizzazione di parte dei servizi, prevedendo al tempo stesso modifiche normative che evitino la dispersione dell'occupazione esistente. La crisi può avere impatti significativi nei confronti dei soggetti gestori di piccole dimensioni, con la conseguente possibilità che si verifichino processi di acquisizioni, anche da

parte di grandi player internazionali, in parte già presenti sui nostri territori, con mutamenti profondi e radicali in termini di esercizio della nostra attività rivendicativa e negoziale. Contemporaneamente, in analogia con quanto successo a valle della crisi del 2008, è possibile un'espansione del ruolo delle cooperative d'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati, inserimento che deve essere adeguatamente valorizzato e supportato, e, anche, di forme di volontariato "mascherato" che rischiano di sostituire servizi e occupazione stabile nella risposta ai nuovi bisogni.

- Infine l'emergenza COVID 19, oltre ad aver posto l'accento sulla necessità di dover ripensare, rivedere, riorganizzare l'apparato dei servizi di welfare, ci pone di fronte alla sfida di dover fare i conti con l'emergere continuo nel tempo di nuove povertà e nuovi bisogni. Pertanto anche a livello territoriale devono essere individuati luoghi di confronto tra Sindacato, Associazioni, Regioni, Enti Locali e Asl in cui aggiornare una mappatura dei bisogni che riconosca nuove fragilità e definisca nuove risposte.

Capitolo 3 - DIRITTI SOCIALI, UNIFORMITÀ E UGUAGLIANZA A COSTITUZIONE INVARIATA

È necessario promuovere una discussione sul tema cruciale dell'uniformità e dei diritti e dell'universalismo dei servizi in tutto il territorio nazionale e sulle conseguenti responsabilità delle Istituzioni pubbliche, facendo riferimento innanzitutto al documento CGIL sulle riforme istituzionali e sul regionalismo differenziato "Garantire i diritti civili e sociali, definire i Livelli Essenziali delle Prestazioni e i principi fondamentali".

La crisi in corso non ci consegna la necessità di rimettere in discussione il decentramento e il valore della prossimità territoriale. Ci impone di rimettere in discussione in che modo sia stato esercitato o eluso il potere unitario dello Stato, in che modo (non) siano state definite le norme atte a realizzare la cornice unitaria dei diritti di cittadinanza, in che modo (non) sia esercitata la leale collaborazione tra livelli istituzionali.

E soprattutto ci consegna la constatazione di quanto la deriva plebiscitaria inaugurata con l'elezione diretta dei Presidenti di Regione (impropriamente appellati "Governatori") abbia prodotto classi dirigenti locali la cui azione si esplica in un esercizio, spesso, quotidiano di confronto competitivo e antagonista con gli esponenti nazionali e con lo stesso Stato centrale, dominato da logiche di schieramento e protagonismo più che da necessità istituzionali. Una competitività di alcuni esacerbata dalla crisi in atto e che poco ha a che vedere con i rapporti tra poteri e tanto con la qualità politica dei vari esponenti, come dimostra l'eterogeneità delle azioni regionali con Presidenti che – in questa fase - all'antagonismo mediatico hanno preferito quella **leale collaborazione** che ogni assetto decentrato prevede e che ancora non ha trovato un compiuto luogo istituzionale nel nostro Paese.

I diritti fondamentali e la loro tutela sono nazionali e devono essere garantiti dallo Stato in modo uniforme su tutto il territorio, il che non solo implica la **definizione dei Livelli Essenziali in tutte le materie**, ma anche delle **norme di principio** che – essendo anch'esse funzionali a rendere esigibili quei diritti – devono essere applicate in tutti i territori e ad esse devono conformarsi tutte le disposizioni regionali o comunali.

In questa cornice di principio unitaria – costituita da norme quadro e Livelli Essenziali cui tutte le Regioni devono uniformarsi - si esplica il ruolo e la capacità di intervento dello Stato in misura sovraordinata rispetto alle amministrazioni territoriali sia in tempi ordinari – con la definizione dove

necessario anche di standard e criteri qualitativi e quantitativi da rispettare ovunque in quanto indicatori dell'esigibilità di un diritto fondamentale, e con l'esercizio della potestà legislativa esclusiva – sia in tempi straordinari con interventi sostitutivi a “tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare della **tutela dei Livelli Essenziali delle Prestazioni concernenti i diritti civili e sociali**, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali” (art. 120 della Costituzione).

L'esercizio di questo potere sostitutivo non è stato pienamente esercitato se non in ragione di equilibri di bilancio (es. Piani di Rientro regionali in sanità), trascurando la necessità, invece, di esercitarlo per garantire l'esigibilità dei diritti. Un mancato esercizio reso ancor più difficile non solo per la mancata piena definizione delle norme nazionali di riferimento (Lep, leggi principio...), ma anche per l'assenza di un luogo deputato al confronto e alla leale collaborazione istituzionale che ogni sistema decentrato richiede e che potrebbe essere introdotto senza modifiche costituzionali, ma dando applicazione all'art. 11 della legge cost. 3/2001 e riformando il sistema delle Conferenze Stato Regioni e Unificata.

