

DOSSIER DI DOCUMENTAZIONE

<<Tavolo per la III ripartenza del Friuli Venezia Giulia>> istituito ai sensi della mozione n. 203

Redatto da:

Marco Mattioni
Daniele Scano

XII LEGISLATURA

all'interno:

Sintesi dei Contributi dei Gruppi Consiliari

aprile 2021

Consigliere regionale Walter Zalukar - Gruppo Misto

Proposte per una “rinascita sostenibile e resiliente” della Regione FVG dopo l'emergenza epidemiologica - Focus sulle politiche sanitarie e socio-sanitarie

Premessa

Il *Recovery Fund* offre l'occasione da una parte di riformare dalle fondamenta intere aree dell'apparato pubblico e dall'altra di rilanciare l'economia privilegiando i settori più promettenti sotto l'aspetto dello sviluppo futuro e a più alto valore aggiunto. Quanto alla prima si pensi al generale ammodernamento della burocrazia, allo snellimento della giustizia e a un rilancio della sanità pubblica. Quanto alla seconda occasione, l'intervento potrebbe riguardare una moltitudine di settori che vanno dalla professionalizzazione dei lavoratori, alle politiche di risparmio energetico, dall'innovazione tecnologica alla ricerca applicata.

L'intendimento di questo documento non può e non vuole essere l'elaborazione dettagliata di quello che per portata e complessità si configura come un vero e proprio Piano Marshall Europeo. In questa sede ci si limiterà ad individuare alcuni interventi specifici, riguardanti il Friuli Venezia Giulia, ascrivibili ad un settore, quello della sanità, che è stato messo a dura prova dall'impatto epidemico.

È tuttavia corretto sottolineare che, sebbene la sanità regionale sia riconducibile principalmente ad una funzione pubblica, il settore ha forti implicazioni di carattere economico, in quanto la salute è per definizione prima risorsa dell'economia e lo stato economico, specularmente, determinante della salute. Per questo motivo gli interventi in quest'area stanno a cavallo tra gli strumenti atti a rafforzare diritti e le occasioni volte all'ammodernamento del settore pubblico ed al rilancio economico.

La sanità, infatti, è un'"industria" volta sì alla tutela di diritti, ma al contempo:

- è un importante datore di lavoro, spesso ad alta specializzazione;
- è fattore determinante di crescita del PIL;
- è attigua a settori ad alto valore aggiunto come la farmaceutica o la robotica;
- è tecnologicamente avanzata anche dal punto di vista edilizio data la complessità costruttiva;
- è attigua al mondo della ricerca in diverse branche che vanno dall'economia alla genomica.

Per i motivi sopra elencati, si indicano per il FVG cinque prioritarie aree di intervento da realizzare nel medio lungo termine attraverso gli strumenti messi a disposizione dal *Recovery Fund* nel settore della salute, includente le partite sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali.

1. La riqualificazione delle sedi ospedaliere

Se la scelta delle funzioni e l'organizzazione delle cure devono seguire il progresso della medicina supportata da evidenze scientifiche, dell'economia sanitaria guidata da moderni criteri di costo-utilità (*value for money*), l'evolversi della giurisprudenza a tutela di un diritto fondamentale (si pensi alle implicazioni etiche) nonché l'affinamento delle capacità di management, allo stesso modo la struttura degli ospedali deve anch'essa conformarsi alle mutate esigenze; in altri termini il contenitore deve adattarsi al contenuto e, in un processo circolare, quest'ultimo può a sua volta condizionare positivamente il funzionamento e l'organizzazione.

Il *Recovery Fund* è l'occasione per ammodernare strutturalmente gli ospedali sia *Hub* che *Spoke* rispettivamente ad alta tecnologia e ad alta assistenza destinati a pazienti acuti, non autosufficienti per motivi legati alla patologia o alle procedure interventistiche da attuare.

L'azione di rimodernamento deve tener presenti alcuni aspetti organizzativi quali:

- l'organizzazione per "processi" (percorsi di diagnosi e terapia), superando definitivamente le suddivisioni per funzioni o competenze;
- il modello dipartimentale, fondato su interdisciplinarietà e integrazione;
- la necessità di degenze con differenti livelli di intensità di cure, ma con ambienti a misura d'uomo, sicuri, confortevoli, con garanzia di *privacy*, quindi senza dover vivere in eccessiva promiscuità con altri, e con la facoltà di ricevere i parenti senza vincoli ingiustificati.

Negli ospedali del futuro pertanto va assicurato massimo comfort alberghiero alle modalità di degenza: camera con letto singolo più letto per familiare/accompagnatore, ma predisposta con impianti per ospitare due letti per pazienti, anche se da un punto di vista gestionale dovrà essere privilegiato l'utilizzo da parte di un singolo paziente con eventuale familiare/accompagnatore (è ovvio che ciò non vale per le terapie intensive organizzate con degenza in *open space*, ma con disponibilità di box dedicati a pazienti coscienti).

Infine non va sottovalutato l'aspetto economico di un simile intervento perché funge da autentico volano di settori diversi da quello strettamente sanitario: l'edilizia sanitaria, infatti, è particolarmente complessa dal punto di vista progettuale e tecnologico ed è quindi capace di attivare professionalità di alto livello per realizzare un prodotto ad alto valore aggiunto.

2. Il ruolo dei piccoli ospedali

La LR n. 13/1995 aveva traghettato la sanità regionale verso la sanità moderna chiarendo il ruolo dell'ospedale e quello della sanità territoriale. La riduzione dei posti letto e lo sviluppo del territorio miravano ad aumentare l'appropriatezza e la qualità delle cure e non erano dettati da sterili logiche di razionamento delle risorse finanziarie. Negli anni questa complessiva impostazione avrebbe avuto bisogno di una revisione, di un rilancio e di una rimodulazione in rapporto all'evolvere delle tecnologie disponibili, della struttura della popolazione e dell'epidemiologia. Le riforme che si sono succedute hanno risposto poco e male e comunque parzialmente a questa esigenza.

In particolare, la LR n.13/1995 aveva approcciato la problematica dei cosiddetti piccoli ospedali (ex articolo 21 della LR n. 13/1995), e i Piani a medio e lungo termine succedutisi non avevano dipanato la matassa: semplicistiche chiusure e parziali riconversioni hanno dimostrato negli anni di aver semplicemente depauperato l'assistenza sanitaria dei territori su cui quei piccoli ospedali insistevano allontanandosi proprio dai criteri di appropriatezza e efficacia delle cure. Le cause di questo mancato rinnovamento sono attribuibili a limitate capacità di visione politica e manageriale, ma soprattutto all'esigenza del contenimento della spesa e di un effetto collaterale negativo del processo di aziendalizzazione, ossia una gestione ragionieristica della sanità. Del resto sostenuta di fatto anche dal governo centrale con gli standard previsti dal DM 70/2015 "Balduzzi", la cui validità viene ora messa in discussione proprio dalla pandemia, tenendo conto anche del fatto che Paesi europei quali Francia e Germania hanno un numero di posti letto molto più elevato in rapporto alla popolazione di quanto indicato dal suddetto DM.

Anche grazie al *Recovery Fund* sarebbe ora possibile superare quell'approccio limitante e ripensare ad un ruolo importante per i piccoli ospedali. Non si tratta di trasformarli in copie in scala di ospedali di rete, ciò non risponderebbe a criteri di efficacia e sicurezza, ma si può ipotizzare un loro ruolo quali presidi di prossimità attraverso l'attivazione/mantenimento di funzioni ospedaliere di base in raccordo con gli ospedali *Hub*. Potrebbero essere ospedali di Comunità (quindi eventualmente con presenza dei MMG), oppure presidi che comunque saranno a supporto delle comunità, con presa in carico integrata e cura di pazienti svolgendo, per di più, un attivo ruolo di accoglienza di prossimità. Possono svolgere funzione di filtro verso ospedali *Hub* consentendo a questi ultimi maggior spazio per occuparsi dell'alta specializzazione. E inoltre, come valore aggiunto, ciò garantirebbe la possibilità di una risposta di sistema assai più ampia e articolata nell'eventuale ripetizione di eventi emergenziali.

3. Potenziamento della rete dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e socioassistenziali

La lunga fase epidemica ha messo in luce la necessità di disporre di un forte sistema di servizi territoriali, unanimemente riconosciuti come pilastri portanti della rinascita rispetto ai problemi preesistenti all'era COVID e alla *preparedness* per affrontare gli attuali ed i futuri scenari di contrasto alla diffusione del virus e di offerta di cure più efficaci ed efficienti, anche per ridurre l'afflusso e l'affollamento degli ospedali, che al pari necessitano di potenziamento e riqualificazione.

Questa Regione negli ultimi anni ha adottato varie riforme ed atti volti al progresso dei servizi territoriali, con precise volontà di integrare le componenti sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, ma per vari aspetti e ragioni, non esclusivamente di tipo finanziario, sono rimasti parzialmente incompiuti o, per altri aspetti, non pienamente attuati. Si presenta ora l'occasione per il rilancio ed il completamento di quei percorsi volti a dare centralità ai Distretti.

Le nuove risorse e programmi andranno indirizzati a potenziare in modo coerente la prevenzione, l'assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale. Prossimità, continuità, qualità, integrazione sono le parole chiavi che guideranno questo cambiamento. In coerenza, Distretti e Dipartimenti territoriali (di Prevenzione, della Salute Mentale) andranno rafforzati con significativi incrementi delle dotazioni strutturali, delle tecnologie, del personale. La digitalizzazione dei processi produttivi è trasversale al tutto, base fondativa indispensabile per il cambiamento positivo. L'Assistenza domiciliare e residenziale saranno i punti focali su cui intervenire, come ben si è dimostrato necessario durante la pandemia.

LE DOTAZIONI STRUTTURALI: le sedi dei servizi distrettuali, ampliate o realizzate ex novo, dovranno essere di adeguate dimensioni e qualità, per rendere ben visibili e credibili questi baricentri per la salute delle Comunità locali. In queste sedi, assimilabili alle "Case della Comunità" del Piano Nazionale, realizzate con intelligente proporzionalità nei diversi territori rispetto alla contigua presenza di ospedali, strutture sanitarie private, ed altre offerte esistenti, troveranno collocazione: nuovi ambulatori dell'assistenza primaria, quindi della medicina generale (MMG aggregati secondo le nuove forme; USCA), della continuità assistenziale (MCA), i pediatri convenzionati (PLS), la medicina specialistica territoriale, le sedi dell'assistenza domiciliare, dell'UVD, i servizi per la disabilità (di tutte le età), i servizi per le vaccinazioni, i servizi consultoriali e per l'assistenza all'infanzia-adolescenza, per la salute mentale e le dipendenze, l'assistenza farmaceutica. Fondamentale è qualificare i Punti Unici di Accesso integrati di ogni Distretto, per l'accoglienza e la prima valutazione congiunta (sanitaria e sociale) dei bisogni. Tutte queste sedi disporranno di reti informatiche interne, di spazi per le Associazioni di volontariato da integrare nelle attività di rete, per attività di educazione sanitaria e di incontro con la Comunità locale, volte a favorire l'aumento del capitale sociale, l'emersione delle risorse della cittadinanza attiva da integrare nelle reti.

Oltre alle sedi distrettuali, le sedi dei Centri di Salute Mentale devono essere incluse nei progetti di riqualificazione e revisione, per renderle omogenee nei territori regionali, adeguate per le attività diurne di una fascia di utenza sempre più giovane e, purtroppo, numerosa, sia per quelle dell'ospitalità e degenza notturna.

LE TECNOLOGIE E LA DIGITALIZZAZIONE: occorre colmare rapidamente i ritardi di dotazione degli strumenti diagnostici di basso costo ed alto utilizzo, non invasivi, nei servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali, diffondendo ampiamente gli strumenti della telemedicina, tele-visite, teleconsulti, telemonitoraggio in remoto (home care) di parametri vitali ed ambientali. L'informatizzazione di tutte le procedure deve procedere spedita, fondandosi innanzitutto sulla cartella elettronica individuale (EPR), cosa ben diversa dal Fascicolo Elettronico, che dovrà poter essere alimentata e consultata da tutti gli attori di cura, in tempo reale, così da assicurare massima continuità tra le varie fasi e *setting* di cura, evitare sovrapposizioni, ritardi (diagnostici e terapeutici), garantire efficace e tempestiva circolazione delle informazioni di rilevanza clinica ed assistenziale. Merita solo accennare all'enorme vantaggio che la EPR avrebbe portato nel testare, tracciare, trattare i casi COVID sospetti od accertati.

IL PERSONALE: è provato che gli effetti delle politiche di restrizione nelle assunzioni ed il blocco del

turnover degli ultimi anni hanno posto in grande sofferenza i servizi territoriali. Per assicurare omogeneità ed uniformità tra i territori, sono rapidamente da risolvere in primis gli aspetti quantitativi, per i quali è necessario procedere individuando standard ottimali delle dotazioni organiche, ben superiori a quelli attualmente definiti (condizionati nella loro ultima definizione dai dogmi dell'austerità finalmente decaduti, almeno per ora), ed anche qualitativi. Il lavoro territoriale non può essere residuale e "di scarto" rispetto a quello ospedaliero; ha precise identità, specificità, esigenze formative, se non vocazionali. Un suo connotato fondamentale è la capacità di tutti gli operatori a lavorare in team, in squadra, in modo integrato ed integrante, per cui è necessario dedicare risorse alla formazione continua. Le basi culturali cui ispirarsi sono quelle della *Primary Health Care*.

LE CURE DOMICILIARI: il target tipico, senza minimizzazioni per l'una o l'altra componente, sono i soggetti portatori dei bisogni connessi alla cronicità (multimorbilità), disabilità – non autosufficienza, fragilità, longevità, terminalità. A questa inarrestabilmente crescente fascia di popolazione oggi si aggiungono i malati COVID in fase acuta, penalizzati dalla insufficiente capacità di risposta degli attuali servizi di home care. Il divario tra il dichiarato, l'auspicato ed il realizzato qui si palesa molto grande. Per realizzare forti servizi domiciliari rispettosi delle esigenze dei target citati occorre considerare come irrinunciabili alcuni prerequisiti: le dotazioni di personale vanno rese adeguate. In ogni Distretto va costituito un *team* di cure domiciliari da consolidare (non ridurre, come è accaduto) nel tempo. Va radicalmente rivista l'organizzazione della presenza dei MMG (o USCA, promettente nuova risorsa) e contemporaneamente assicurata la presenza congiunta di Medici ad hoc dei Distretti. E' irrinunciabile l'integrazione con gli operatori dell'assistenza sociale per garantire cure globali; anche su questo andranno fatti investimenti strategici adeguati. Vanno rese altresì disponibili tutte le altre figure professionali (fisioterapisti, psicologi, assistenti sanitari, ostetriche, ed altro ancora), indispensabili per soddisfare le esigenze dei Piani di Assistenza Individuali (PAI), L'accreditamento dei servizi domiciliari è un altro obiettivo da perseguire urgentemente, anche per rendere possibile l'indispensabile integrazione dei provider privati, per allargare la rete e meglio rispondere alla crescente domanda. I risultati attesi devono includere sia l'aumento degli indici di copertura (percentuale della popolazione servita, necessariamente almeno del 5% degli ultra75enni), sia dell'intensità (numero di ore/accessi pro capite), con una capacità di risposta soprattutto per l'alta complessità-intensità. Tecnologie e ICT (la EPR in primis - vedi sopra) vanno resi uniformemente ubiquitari, per generare ottimali equilibri tra le cure formali (Istituzionali) ed informali (come indicato anche dalla Commissione Europea). Sono irrinunciabili per potenziare il monitoraggio, la vicinanza del supporto, la facilitazione dell'educazione al *self care*. Tutti questi elementi contribuiscono: a ridurre gli accessi in PS, i ricoveri inappropriati in ospedale e la durata della degenza, l'istituzionalizzazione; ad aumentare l'intervallo di tempo libero tra ricoveri e quindi la qualità e sicurezza di vita degli assistiti e dei familiari/*care giver*; a facilitare il *self-care*, l'*empowerment* degli assistiti e dei *care-giver*.

Infine, queste nuove cure domiciliari integrate, innovative, di alta qualità, si configurano finalmente come alternative ad altri *setting* di cura (ospedalieri o residenziali), per cui rappresentano costi sostitutivi e non aggiuntivi.

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE: nelle "case di riposo" si è registrato il maggior numero di vittime. Paradossalmente ora è il settore che riceve meno attenzione. La strategia va riportata quindi su questa priorità. Nuovi, importanti fondi vanno stanziati per riqualificare le strutture esistenti (quantitativamente in FVG l'offerta globale appare diffusamente ben rappresentata dalle circa 200 strutture). Una priorità sta nel realizzare residenze in cui le stanze singole saranno la regola e il punto più qualificante del progetto. Ciò sia in vista di dare maggiore dignità e qualità agli ospiti, sia per essere pronti ad eventuali future necessità di contrasto al contagio intra residenziale. Spazi comuni, oltre che l'organizzazione assistenziale, devono rendere visibile il superamento della logica dell'assistenza ospedaliera, oggi dominante, virando verso quella dell'assistenza domiciliare. Va compiuto per questo il massimo sforzo ed investimento per riconvertire le strutture, o parti di esse, per una diversa residenzialità innovativa (case-

residenze di abitare possibile), Ancora, l'epidemia ha mostrato come sia necessario disporre di molta maggiore flessibilità e di una ampia gamma di residenze di diversa capacità assistenziale, ad esempio per poter ospitare-trasferire persone con malattia/contagio sospetto od accertato in strutture ad hoc, allontanandole da quelle originarie per contenere i contagi.

Qui si inserisce il tema della residenzialità per le cure intermedie (ovvero tra quelle ospedaliere e domiciliari), già oggi svolta in FVG dalle attuali RSA. Queste strutture distrettuali vanno potenziate per capacità ed intensità assistenziale (pertanto alternative all'ospedale, come appropriato rispetto alle esigenze del paziente), con maggiore presenza di personale di assistenza (medici, infermieri, OSS) e dimensionate in coerenza con le esigenze dei contesti locali (ovvero anche in relazione alla vicinanza di ospedali, case di cura, ecc.). Sono servizi di prossimità a tutti gli effetti e, come per le cure domiciliari, vanno ripensate e revisionate le modalità di integrazione e convenzione con i provider privati, già accreditati, per metterne in sicurezza le attività e stabilizzarne il loro inserimento nella rete della nuova offerta territoriale di alta qualità e rapida fruibilità.

Infine, è urgente realizzare in modo convinto piccole residenze destinate ad accogliere persone anziane con demenza senile e disturbo comportamentale, condizione temutissima dalle famiglie, che restano schiacciate dal peso di queste situazioni. Vanno realizzate in ogni distretto piccole strutture, o piccoli nuclei in residenze già attive, con una ricettività di 5-10 posti, attive 24/7, specializzate, con un rapporto di dotazione di personale:assistito 1:1 o al massimo 1:2, in grado di ospitare subito e di trattare in modo appropriato i casi segnalati dal PS o dal Distretto, attraverso degenze brevi (non oltre 10-15 giorni) in cui l'obiettivo è ricompensare gli squilibri-scompensi, preparare la prosecuzione delle cure e della presa in carico. Questo tipo di offerta è oggi totalmente assente e rappresenta una priorità assoluta dei nuovi progetti.

4. La riqualificazione della rete dell'emergenza

Negli ultimi anni alcune regioni hanno messo in opera un accorpamento delle preesistenti centrali operative provinciali dell'emergenza sanitaria in nome di una razionalizzazione, peraltro priva di supporti scientifici e di serie simulazioni, che avrebbe dovuto portare sia importanti risparmi che miglioramenti di qualità dei servizi. Tutto ciò non si è verificato.

In particolare, in FVG questo modello ha prodotto un notevole aumento dei costi a fronte di un contestuale calo di qualità dei servizi, riscontrati dalla stessa magistratura che ha evidenziato un grave peggioramento dei tempi di soccorso (deliberazione della Corte dei conti n. FVG/33/2018/SSR).

È doveroso ricordare che il governo del Sistema 118 si identifica con la centrale operativa, che è il centro direzionale che assicura in tempo reale il *medica! contro!* di sistema, la gestione del personale, la soluzione dei conflitti e dei problemi, il *risk management*, la formazione del personale, il rapporto puntuale e continuo con le altre massime istituzioni territorialmente convergenti a livello provinciale (Prefettura, Questura, Carabinieri, Vigili del fuoco, eccetera). In quest'ottica la dimensione provinciale del Sistema 118 appare necessaria, logica e strategica, in quanto tarata sulla reale complessità di governo capillare dei soccorsi a livello di territori omogenei, nonché sulla gestione delle centinaia di unità di personale assegnato, tra medici, infermieri e autisti soccorritori, delle risorse tecnologiche e del parco mezzi.

A garanzia dell'omogeneità della risposta sanitaria e dell'equità dei servizi di emergenza, si rivela importante procedere alla revisione del sistema di emergenza sanitaria territoriale il cui primo passo è riportare le centrali operative 118 a una dimensione di norma provinciale. Le centrali, che andrebbero ammodernate sotto l'aspetto tecnologico, strutturale e informatico, vanno poi collegate strutturalmente o funzionalmente ai Dipartimenti d'Emergenza degli ospedali, in modo da recuperare e valorizzare gli aspetti sanitari e scientifici e allontanarle dalle funzioni, assimilabili a *ca!! center*, che le "megacentrali" stanno attualmente assumendo. È altresì importante ripristinare, in parallelo al NUE 112, la possibilità di chiamate dirette al 118, per migliorare i tempi e professionalità della fase di allarme della catena dei soccorsi.

5. La riconversione dei lavoratori.

Il tasso di disoccupazione a febbraio si è attestato sul 10,2%. Il tasso di inattività tra i 15 e i 64 anni sul 37%. I disoccupati a febbraio sono stati 2.518.000 in aumento di 21.000 unità rispetto a febbraio 2020 mentre gli inattivi tra i 15 e i 64 anni sono stati 14.084.000 in aumento di 717.000 su un anno prima.

Il tasso di disoccupazione dei giovani tra i 15 e i 24 anni a febbraio era del 31,6% con un aumento di 2,6 punti su febbraio 2020 prima dell'inizio delle restrizioni alle attività per prevenire il contagio da Covid. I giovani al lavoro a febbraio erano 919.000, il 15,7% del totale, con un calo di 159.000 unità rispetto a un anno prima.

Come rimarcato dal documento di lavoro dei servizi della Commissione Europea (SWD(2019) 1011 final) che accompagna la Comunicazione della Commissione COM(2019) 150 final, la disoccupazione rischia di rimanere elevata anche a causa del persistente divario tra le competenze medie dei lavoratori e le competenze richieste dai datori di lavoro, inoltre tale squilibrio è aggravato dall'elevata disoccupazione giovanile che a sua volta ha ripercussioni negative a lungo termine sulla formazione delle competenze e sull'occupabilità futura dei giovani.

Da questi semplici dati si evince che la situazione occupazionale è grave. Il *lockdown* imposto dalla pandemia, nelle sue diverse variazioni cromatiche, ha messo in luce un sistema produttivo piuttosto fragile, specie in alcuni settori. L'utilizzo di risorse esogene (fondi europei) da solo non sarà sufficiente a far calare il tasso di disoccupazione e sarà fondamentale avviare in parallelo riforme strutturali nei settori del fisco, giustizia e pubblica amministrazione. Ad ogni buon conto, specie nei primi anni, le risorse esterne costituiranno un *boost* fondamentale, ma dovranno orientarsi ad azioni di lungo periodo.

La formazione delle persone che per sua natura guarda al futuro, pertanto, andrebbe incentivata nei settori che più dovranno impegnarsi a recuperare il tempo perso.

Nello specifico si pensa al settore sanitario e ai milioni di prestazioni di diagnosi e cura che, a causa del COVID-19, non sono state erogate.

A ciò va aggiunta una considerazione di carattere epidemiologico: verosimilmente le mancate cure avranno un riverbero negativo sullo stato di salute della popolazione con un preventivabile aumento delle cronicità a più intenso bisogno assistenziale.

Inoltre, lo straordinario sforzo espresso nella ricerca di un vaccino e di una cura ha messo in luce il ruolo fondamentale dell'intervento pubblico (finanziamenti e ricerca) nella ricerca clinica a fianco delle compagnie farmaceutiche private. In questa rinnovata *partnership* vanno ricercate prospettive occupazionali a tutti i livelli.

Per le motivazioni appena esposte, si crede che la riconversione di molti lavoratori (dipendenti ed autonomi) provenienti dai settori che hanno dimostrato un'alta fragilità possa essere vantaggioso e realizzabile attraverso i progetti del Fondo Sociale Europeo Plus (COM(2020) 447 final 2018/0206(COD)).

Ciò è tanto più vero per quei lavoratori non specializzati e spesso occupati nei settori che più hanno risentito delle chiusure che potrebbero beneficiare di una formazione professionale orientata al settore sanitario in sicura espansione.

Si tratta di formare una moltitudine di lavoratori nell'area dell'assistenza alla persona (OSSS), ma anche personale di *back office* per gestire, filtrare e indirizzare l'impatto di una domanda che sarà imponente nei prossimi anni. In quest'area potrebbero trovare spazio interessanti ed innovative sperimentazioni di nuove figure professionali magari orientate ad assistere e supportare le persone parzialmente non autosufficienti sia nelle attività della vita quotidiana che nel disbrigo delle pratiche giornaliere.

Non da ultimo, per i lavoratori più scolarizzati, la formazione in aree della ricerca clinica che prevede la raccolta, la manipolazione e l'elaborazione di dati, potrebbe svilupparsi in *partnership* con il privato.

Dal punto di vista strettamente economico tali azioni avrebbero il vantaggio di riconvertire i lavoratori a bassa scolarità e/o professionalizzazione di quei settori dimostratisi fragili ed eccessivamente esposti al mercato, in lavoratori più qualificati in settori non solo a più alto valore aggiunto, ma in sicura espansione.

I consueti canali progettuali del FSE –confermati e rafforzati anche nella versione FSE+– possono essere usati per la formazione di figure professionali consolidate ed esistenti (ad es. OSSS), per figure professionali solo parzialmente riconosciute e che meriterebbero maggiore attenzione (ad es. i Data Manager, fondamentali per il supporto agli studi clinici) e, sotto forma sperimentale, la formazione di nuove figure professionali orientate al settore dell’assistenza sociosanitaria.

Come spesso avviene nei finanziamenti europei, vanno ricercate sinergie tra enti beneficiari e l’interesse europeo, specie per progettualità innovative, dovrebbe coinvolgere più Stati membri.

A questo scopo, ad esempio, la Regione potrebbe ergersi a capofila di progetti FSE che coinvolgono, oltre che gli Enti formatori, anche le Università e i possibili futuri datori di lavoro per imbastire un sistema di crediti formativi capace di garantire sì una rapida formazione immediatamente spendibile nel mercato del lavoro, ma che possa altresì essere parte di un percorso di crescita continua.

Conclusione

I cinque punti sono in armonia con gli obiettivi contenuti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza italiano discusso in Parlamento specialmente laddove mirano a rafforzare il l’assistenza territoriale ed il sistema ospedaliero, a fornire risposte omogenee in tutti i territori, integrate con il sistema sociale a garanzia di una più alta equità di accesso alle cure. Si indirizzano a realizzare: a) servizi e strutture territoriali coerenti con gli indirizzi dell’OMS sul valore delle cure primarie, baricentro di un moderno servizio sanitario pubblico; b) la digitalizzazione della sanità territoriale ed ospedaliera; c) la costruzione di ospedali sicuri e confortevoli, ad alto contenuto tecnologico.