

**PS**

**PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ**



# IL SSN È MORTO?

# HTA **è** PROGRAMM **AZIONE**

[www.sihta.it](http://www.sihta.it)



PROFESSIONI  
TECNOLOGIE  
ORGANIZZAZIONE

**ROMA 24 | 26 OTTOBRE 2023**

Courtyard by Marriott Rome Central Park  
Via Giuseppe Moscati 7



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore di Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

## Post Scriptum

**Eutanasia del Ssn. L'allarme ormai è grande e condiviso: il nostro prezioso e indispensabile Servizio sanitario nazionale è malato con prognosi quasi infausta.** Urge correre ai ripari perché la Nazione in salute partecipa allo sviluppo civile ed economico del Paese e soprattutto perché, la tutela della salute, è un diritto fondamentale dei cittadini e deve garantirne pari dignità e uguaglianza di accesso per tutti, senza discriminazioni. Invece registriamo divari intollerabili e moralmente inaccettabili.

Si sta manovrando attorno ad una perniciosa e non urgente riforma istituzionale, quando è il caso di riflettere sui danni procurati dalle impulsive recenti riforme costituzionali che per il sistema sanitario hanno determinato lo sconvolgimento dei diritti costituzionali, a partire da quanto definito dall'art. 3 sull'uguaglianza dei cittadini. La pandemia ha messo a nudo le differenze legislative e gestionali di 20 sistemi regionali anziché di un sistema nazionale. Perciò, semmai, è necessario rivedere la governance della regionalizzazione del Ssn rafforzandone la centralità, perché assistiamo, in maniera crescente, all'insorgere di una serie di disuguaglianze. Purtroppo ho constatato l'ipocrisia di aver sbandierato una legge "epocale" per l'assistenza agli anziani e per la non autosufficienza, che vuole essere una riforma ma che si presenta con questo articolo finale: *"Fermo restando quanto previsto dal comma 1, dall'attuazione delle deleghe recate dalla presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. A tale fine, agli adempimenti relativi ai suddetti decreti, le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali, in dotazione alle medesime amministrazioni a legislazione vigente."* art.8, c.5.

Riforme a costo zero! E soprattutto senza immissione di nuovo personale con le specializzazioni necessarie. Ma la questione è ben più grave: per l'assistenza agli anziani che non possono essere curati a domicilio per motivi di gravi patologie, oggi non esistono sufficienti strutture sociosanitarie e assistenziali che, per altro, sono di competenza regionale; e, là dove esistono, sono costose e per una parte a carico delle famiglie, che spesso non sono in grado di farvi fronte. Se non viene garantito il sistema di protezione nazionale cosa può accadere? L'eutanasia di Stato? Papa Francesco con meno durezza ha commentato: *"Un anziano deve prendere le medicine e se per risparmiare non danno queste medicine questo è un'eutanasia nascosta e progressiva"*.




 <b>COSE</b> dell'altroMondo	<b>Possibili incontri</b> <b>4</b> di MARCO TRABUCCHI
 <b>STORIA</b>	<b>Visione ecologica</b> <b>6</b> di BERNARDINO FANTINI
<b>LEADING CHANGE</b>	<b>Una proposta innovativa</b> <b>10</b> di CARLO NICORA
<b>Conversando con</b> ALESSANDRA LOCATELLI	<b>Rivoluzione a piccoli passi</b> <b>12</b> di MARIA GIULIA MAZZONI

<b># COVER STORY</b>	
<b>IL SSN È MORTO?</b>	
<b>In memoria del Servizio sanitario nazionale?</b> <b>18</b> di WALTER RICCIARDI	
<b>Due le strade da percorrere</b> <b>22</b> di FEDERICO SPANDONARO	
<b>Le ragioni etiche di un Ssn</b> <b>26</b> di SALVINO LEONE	
<b>Il valore della presa in carico</b> <b>30</b> di GIANFRANCO DAMIANI	
<b>Problemi di contenuto più che di forma</b> <b>32</b> di FULVIO MOIRANO	
<b>Suggerimenti per il cambiamento</b> <b>34</b> di MARIO DEL VECCHIO, FRANCESCO LONGO	


## # COVER STORY

<b>Rinuncia alle cure</b> <b>38</b> di KETTY VACCARO
<b>Universalismo: liberiamoci dal mito</b> <b>41</b> di GIULIANO CAZZOLA
<b>Sinergia paritetica</b> <b>44</b> di BARBARA CITTADINI
<b>Al capezzale del Servizio sanitario</b> <b>46</b> di GIOVANNI MONCHIERO


 <b>Pianificare il percorso</b> <b>50</b> di GIANDOMENICO NOLLO
---

<b>VOCI</b>	
 <b>Learning</b>	<b>Questo è il momento per evolvere</b> <b>52</b> di GIUSEPPE MARIA MILANESE
	<b>Perché non si applica la conoscenza?</b> <b>54</b> di VINCENZO CARRIERI
	<b>Donarsi alla scienza</b> <b>56</b> di MARCO ANNONI
	<b>Forze centrifughe</b> <b>58</b> di ALICE BASIGLINI
 <b>INNOVAZIONE</b>	<b>Tempestività e sicurezza</b> <b>62</b> di A. PIRRI, F. NIGLIO, G. TORTORA
	<b>Nuove frontiere</b> <b>64</b> VALENTINA RIVA

## FOCUS

<b>Diritto all'oblio oncologico, aspettando una legge (giusta)</b> <b>66</b> di CRISTINA CORBETTA
<b>REGIONI</b>
 <b>Brevi</b> <b>69</b>
<b>Indagare e valutare</b> <b>70</b> di DANNY SIVO
<b>Restauro scientifico</b> <b>72</b> di MAURIZIO DI GIOSA

<b>LEGAL BOX</b>	
 <b>Rivoluzionata la "cultura" degli appalti pubblici</b> <b>74</b> di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI	

 <b>QUESTO</b>	<b>Segnalazioni, domande e risposte sulle opportunità europee nel settore della sanità</b> <b>76</b> a cura di CINZIA BOSCHIERO
---	--

<b>Liber@mente</b>	
 <b>Recensioni editoriali</b> <b>78</b>	

 <b>Enterprise</b>	<b>Aziende&amp;Persone</b> <b>79</b>
---	--------------------------------------

<b>Hanno scritto per noi</b> <b>80</b>
--

**Panorama della Sanità**  
Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988  
**Direttore editoriale** Mariapia Garavaglia  
**Direttore responsabile** Sandro Franco  
**Progetto grafico e impaginazione** Giuliana Caniglia  
**Redazione:** Piorjk Proccacini  
**Hanno collaborato a questo numero:** Velia Cantelmo, Martina Conterno, Cristina Corbetta, Maria Giulia Mazzoni  
**Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"**  
**Presidente** Mariapia Garavaglia  
**Direttore Generale** Sandro Franco

**Editore KOS | EDITRICE**  
KOS Comunicazione e Servizi Srl  
Via Vitaliano Brancati, 44 - 00144 Roma  
segreteria@koscomunicazione.it  
**Redazione** redazione@panoramasanita.it  
www.panoramasanita.it  
**Ufficio abbonamenti** Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"  
+39 3713801754 - segreteria@istitutostudisanzitari.it  
Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione  
**Gestione della pubblicità**  
KOS Comunicazione e Servizi Srl  
+39 3275627783 - vladimirobacco@koscomunicazione.it

**Stampa** Pressup Srt Nepi (Viterbo)  
Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679 sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it  
Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB - Roma - ISSN 1827-8140

Per la produzione di questa rivista è stata utilizzata carta naturale e senza legno. Nessun albero è stato abbattuto





di SANDRO FRANCO

Direttore responsabile Panorama della Sanità

## Post Scriptum *Sandro Franco*

### ***“Oggi più che mai siamo chiamati a garantire la tutela della salute in un quadro di sostenibilità e resilienza del Servizio sanitario***

***Nazionale.*** *In quest'ottica assume una valenza particolarmente significativa la prevenzione: è il migliore investimento per avere meno malati in futuro ma soprattutto per far sì che le persone vivano meglio e il nostro Ssn sia più sostenibile. Prevenzione, innovazione, equità: questa è la strada su cui procedere con determinazione”. Così ha affermato il Ministro della Salute Orazio Schillaci intervenendo al 2° Open meeting dei Grandi Ospedali svoltosi a Roma a fine maggio.*

Ecco le parole chiave che vorremmo diventino il mantra del prossimo futuro per il Servizio sanitario nazionale: prevenzione, innovazione, equità.

La cosa sembrerebbe apparentemente semplice, lo vuole il Ministro, lo dice il buonsenso. Ma non è così.

La frammentazione del Sistema in 21 realtà regionali mette in dubbio l'efficacia dei piani di prevenzione (lo sappiamo con le vaccinazioni: che senso ha vaccinare in una regione se poi la limitrofa non lo fa).

La cui attuazione è poi demandata alle Aziende sanitarie governate da Direttori generali la cui durata dell'incarico, recita la norma, non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Ma la cui “emivita” è in realtà statisticamente e storicamente molto più breve. Fare prevenzione comporta investimenti certi e immediati, i cui risultati incerti, saranno valutabili a medio e lungo termine. E allora perché, pressati dalle stringenti regole del pareggio di bilancio, investire in prevenzione se gli ipotetici benefici andranno a vantaggio dei successori? E allora salta, o è scarsamente praticata. L'attuazione dei piani di prevenzione dovrebbe essere inserita tra i criteri di valutazione dei Direttori generali.

Ecco, quindi, che un sistema sanitario in cui si fa poca prevenzione è condannato a fare solo da pagatore e a implodere sotto il peso del mancato incremento del sostegno finanziario e dei crescenti costi delle cure, determinate dalla cattiva salute dei propri cittadini. Bene lo hanno capito quei paesi in cui il sistema sanitario è di tipo assicurativo o dove addirittura non esiste una copertura globale, come negli Stati Uniti.

Le grandi assicurazioni, preoccupate dal costo crescente delle prestazioni, si stanno orientando all'utilizzo di piattaforme con programmi avanzati per la prevenzione e il monitoraggio degli stili di vita.

Adirittura soggetti come Amazon, offrono ai propri abbonati pacchetti di cure primarie e piani di prevenzione.

Nella Cover story di questo numero, diverse attente disamine sul futuro del nostro Ssn per il quale non è esagerazione intonare un De profundis, salvo una decisa e non impossibile volontà di inversione di tendenza.



**LA SITUAZIONE DEI NOSTRI SEVIZI SOCIO SANITARI DIVENTA SEMPRE PIÙ PRECARIA: mancano operatori di ogni livello, mentre il bisogno tende a crescere in conseguenza dell'invecchiamento e delle malattie correlate**

# POSSIBILI INCONTRI

di MARCO TRABUCCHI

**N**on è una vicenda solo di casa nostra, anche se da noi assume rilievo particolare. Le risposte che si sono strutturate sono diverse, frutto di situazioni che non trovano facili risposte. Ne propongo due, profondamente diverse tra loro.

Vi sono anche altre nazioni in difficoltà, alcune delle quali, come il Giappone, si trovano in condizioni ancor più critiche delle nostre. Quel Paese cerca di mettere a punto interventi a favore degli anziani soli, che vivono in gran numero fuori delle grandi città. Le autorità ricorrono a robot, con funzioni di accudimento e di compagnia. È un aiuto che viene da un "altro mondo", fatto di materiali plastici, guidati però dall'intelligenza artificiale, che trae la sua base di informazioni dalla storia passata dell'individuo. Si potrebbe sostenere che è solo parzialmente un altro mondo, perché il comportamento del robot è strutturato su quello che ha appreso dal nostro mondo, attraverso le varie modalità di intelligenza artificiale. Il supporto fornito dai robot sarà sempre più mirato con l'introduzione prossima di ChatGPT, in grado di costruire risposte più adeguate alla realtà con la possibilità di intrattenere le persone anziane sole su temi che li riguarda personalmente e agire di

**CHATGPT È UN MODELLO CONVERSAZIONALE, IN GRADO DI INTRATTENERE CONVERSAZIONI COMPLESSE, FORNIRE INFORMAZIONI E SCRIVERE TESTI UTILIZZANDO IL LINGUAGGIO NATURALE.**

Realizzato dall'Università Cattolica di Milano, lanciato nel novembre del 2022, un progetto di ricerca che ha portato alla realizzazione di robot sociali Nao che interagiscono grazie all'intelligenza artificiale generativa ChatGPT. L'idea dei ricercatori era quella di fare integrare un robot sociale con ChatGPT, per sfruttare la sua capacità di intrattenere conversazioni naturali. Ottimizzando l'interazione uomo-robot. Per dare all'uomo e al robot la possibilità di dialogare potenzialmente su qualsiasi argomento.



**“L'AZIONE DI CURA SI ESPLICA ANCHE IN ATTI DI PROFONDA INTIMITÀ”**

conseguenza. Frequentemente si incontrano risposte realistiche, adeguate al mondo della persona che viene assistita, in grado di accompagnarla in modo più vicino alle esigenze. Così “l'altro mondo” dei robot si avvicina progressivamente al nostro mondo. È un processo che va facilitato senza pregiudizi, anche di fronte al fatto che mancano alternative a causa della situazione demografica del Giappone. Tra l'altro, se il rapporto tra le nuove tecnologie umanizzate e gli anziani potesse migliorare grazie all'esperienza giapponese, potrebbe rappresentare una risposta valida anche per altri Paesi, vedi, ad esempio, la Cina, dove la solitudine e l'abbandono degli anziani che abitano fuori dai grandi centri urbani rischiano di diventare fenomeni della stessa gravità di quelli giapponesi.

L'altra circostanza nella quale “l'altro mondo” rappresenta una possibile risposta per l'assistenza agli anziani è l'immigrazione da Paesi lontani. È frequente l'assunzione nei servizi assistenziali di cittadini che vengono, ad esempio, dall'Africa, per costituire la struttura portante della gestione giornaliera degli ospiti delle residenze per anziani. L'esperienza in-

segna che dopo poco tempo il rapporto tra operatori e ospiti diventa intenso, con legami che fanno sentire meno soli gli ospiti stessi. **Gli operatori che vengono dall'Africa sono portatori di una cultura del rispetto dell'anziano che noi europei abbiamo purtroppo dimenticato da tempo; invece, gli operatori africani conservano, anche quando emigrano dai loro Paesi, il timbro profondo di un rispetto per i loro vecchi, che poi con naturalezza adottano anche quando lavorano nei nostri servizi.** È meritevole di attenzione il fatto che gli anziani italiani non mostrano difficoltà a far crescere il rapporto con chi si prende cura di loro, anche se hanno un diverso colore della pelle. Percepiscono, attraverso la comunicazione verbale e non verbale, la vicinanza e una sensibilità particolare. L'azione di cura con gli anziani fragili si esplica anche in atti di profonda intimità, che fanno sparire qualsiasi barriera; non sono più “un altro mondo e il nostro” che si incontrano, ma si registra una fusione virtuosa, nel nome delle azioni di assistenza. Il 14 giugno si svolgerà a Brescia presso la residenza Vittoria un seminario dal titolo: “L'Africa aiuta Brescia”. Sarà un'occasione per riconoscere l'incontro tra i due mondi, uniti dall'impegno di assistere in maniera adeguata gli anziani fragili

del nostro Paese; inoltre, si riconosce il ruolo centrale di operatori la cui cultura di fondo è orientata al rispetto e alla cura, cultura che in questi anni portano anche nei nostri servizi. Sono così, tra l'altro, un esempio efficace di come sia possibile onorare un lavoro che permette di mantenere le famiglie (vicine e lontane) e, allo stesso tempo, di testimoniare uno stile di cura ispirato all'affetto.

**Con queste premesse è meno difficile l'integrazione di chi viene da un altro mondo, perché i linguaggi della cura non hanno barriere e sono comprensibili da tutti, superando anche le differenze linguistiche.**

I mondi della cura sono molto diversi, come si evince da queste righe; dobbiamo però pensare ad un futuro nel quale l'impegno a favore delle persone fragili utilizzi i diversi strumenti possibili, delegando alle tecnologie quello che sanno fare, ma allo stesso tempo affidando a concittadini vicini e lontani l'espressione concreta di cure, affidate alla relazione, all'affetto, alla cortesia, alla gentilezza. È un modello irrealizzabile? Certamente sono passaggi difficili, ma le circostanze che dobbiamo affrontare non sono risolvibili solo riproducendo i comportamenti del passato; oggi è indispensabile che gli “altri mondi” possibili incontrino il nostro.

# VISIONE ECOLOGICA

**La salute delle popolazioni umane non può essere separata da quella del mondo animale e vegetale e da quella dell'ambiente naturale nel suo complesso. **Agostino Bassi** e l'attualità di una visione ecologica delle malattie infettive**

di **BERNARDINO FANTINI**

**P**ochi conoscono il nome di Agostino Bassi, di cui si dovrebbe ricordare quest'anno il 250° anniversario della nascita. Ancora meno si conosce il ruolo che le sue ricerche hanno avuto nell'origine della microbiologia, che ha finalmente permesso la conoscenza e la conquista delle malattie infettive e la conseguente rivoluzione nelle politiche di sanità. Eppure, proprio a Bassi è stato dedicato, su

decreto del Presidente della Repubblica, l'unico francobollo emesso in occasione dell'importante congresso mondiale di microbiologia, tenutosi all'Università di Roma e all'Istituto Superiore di Sanità nel 1953, durante il quale si era molto discusso sulla "marea montante" della pandemia di poliomielite, che esploserà negli anni successivi. Nel dicembre del 2022 in un articolo pubblicato nella prestigiosa rivista *The Lancet* da Tamara Giles-Vernick e collaboratori, dedicato

all'analisi delle sfide sociali legate alla pandemia di Covid-19, il nome di Bassi è il solo ad essere associato alla "trilogia" comunemente indicata all'origine della "rivoluzione microbiologica", Louis Pasteur, Robert Koch e Joseph Lister, che alla fine dell'Ottocento aveva finalmente fornito alla medicina e alla società gli strumenti teorici e pratici per confrontarsi efficacemente con le epidemie di malattie trasmissibili. E nello studio privato dello stesso Pasteur, accanto a un ritratto di Lazzaro Spallanzani, al quale riconosceva il

primato nella confutazione della generazione spontanea, si trovava un ritratto di Agostino Bassi, che lo aveva preceduto di 30 anni nella scoperta della causa del "mal del segno, calcinaccio o moscardino", la malattia che a partire dall'inizio dell'Ottocento stava distruggendo le culture di baco da seta in tutta Europa ed era stata la prima malattia animale a cui si era dedicato Pasteur a partire dal 1865, dopo i suoi fondamentali studi sulle fermentazioni.

Nato il 25 settembre 1773 a Mairago, presso Lodi, Bassi ottiene nel 1798 un dottorato in giurisprudenza all'Università di Pavia, e durante

Agostino Bassi fu considerato tra i più importanti scienziati del suo tempo, nonché pioniere della microbiologia e fitopatologia



i suoi studi ha la possibilità di ascoltare le lezioni di Giovanni Rasori, sostenitore della teoria del contagium vivum, secondo la quale le malattie epidemiche sono dovute esclusivamente alla trasmissione da un malato a una persona sana di un agente microscopico vivente. **Una malattia agli occhi, che lo accompagnerà per tutta la vita, impedisce a Bassi di avere una carriera professionale e quindi torna in campagna, dedicandosi all'allevamento e all'agricoltura, sviluppando in particolare la coltivazione delle patate,** da poco introdotte in Italia, e facendo al tempo stesso approfondite ricerche sulla riproduzione, sull'ibridazione e sulle malattie di piante e animali. A partire dal 1807 Bassi dedica la sua attenzione alla coltivazione dei gelsi e ai bachi da seta, in particolare alla malattia, nota come "mal del segno", che ne stava devastando gli allevamenti, causando gravi danni alle economie rurali. Per i 25 anni successivi Bassi studia ogni dettaglio di questo problema, giungendo a dimostrare che la malattia non è dovuta alla generazione spontanea dei parassiti o all'effetto delle condizioni ambientali e atmosferiche, il cibo o il metodo di gestione del baco da seta, ma esclusivamente all'azione di un fungo parassita, chiamato da lui *Botrytis paradoxae* e oggi in suo onore



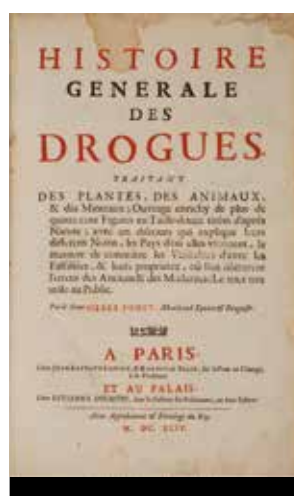
Frontespizio del volume di Agostino Bassi **Del mal del segno, calcinaccio o moscardino**, pubblicato a Lodi in due parti, la teoria (1835) e la pratica (1836)

**Beauveria bassiana. Bassi riesce ad isolare il fungo dagli animali morti e usa la materia isolata per infettare un animale sano, avanzando anche intuizioni sui concetti di immunità, predisposizione a contrarre infezioni, portatore sano e dinamica della diffusione delle epidemie.**

Bassi riassume i risultati delle sue lunghe ricerche nel volume *Del mal del segno, calcinaccio o moscardino*, pubblicato a Lodi in due parti, la teoria (1835) e la pratica (1836). La prima parte discute con una solida argomentazione tutte le obiezioni possibili alla teoria del contagio, refutando in particolare la tesi allora diffusa di una "generazione spontanea" della malattia: "invano si affaticarono tanti uomini insigni di più nazioni onde far nascere spontaneamente nel baco da seta il calcinaccio o moscardino: ed io pure feci sempre



Nel 1694, il farmacista parigino **Pierre Pomet** pubblica la *Histoire générale des drogues, traitant des plantes, des animaux et des minéraux, etc.*, (Storia generale delle droghe, concernente piante, animali e minerali), illustrato con più di 400 figure



inutilmente allo stesso fine tutti i possibili esperimenti come ho riferito". La malattia ha invece una sola causa specifica, il fungo parassita, che si trasmette da individui malati a individui sani, mentre sono in secondo piano le cause accessorie, in particolare le condizioni ambientali e il modo di produzione, che possono solo modificare l'azione della causa, favorendola o ostacolandola: "Il solo essere che prendo a descrivere ha la potenza di produrre un tal effetto. Quest'essere omicida è organico, vivente e vegetabile. È una pianta

del genere delle crittogame, un fungo parassita". **Nella seconda parte del trattato Bassi propone precisi consigli e indicazioni sui mezzi "per tener lontano dai propri Bigatti il fatal germe Calcinale e prevenire così l'apparizione del morbo Moscardinico", suggerendo le misure di quarantena e disinfezione che diverranno solo dopo la rivoluzione pastorianiana pratiche correnti di sanità pubblica,** ancora oggi di grande attualità: l'isolamento stretto in quarantena degli allevamenti contagiati, il distanziamento, i cordoni sanitari per gli allevamenti sani, la disinfezione con prodotti chimici e il calore di tutti gli strumenti utilizzati, compresi gli abiti degli operatori, l'accurato lavaggio delle mani, il controllo attento della presenza del parassita nei locali e anche nell'aria dei luoghi di produzione. Spesso, nota Bassi, sono proprio gli addetti alla produzione dei ba-





**Il contributo di Bassi allo sviluppo della microbiologia viene rapidamente conosciuto negli anni successivi alla pubblicazione del suo libro sul mal del segno.** Nel 1836 all'Académie des sciences di Parigi, il botanico **Jean-François-Camille Montagne** e l'entomologo **Jean-Victor Audouin** osservano al microscopio i cicli di sviluppo del fungo, sia in vitro sia direttamente sui bachi da seta. Nel 1840 Jacob Henle cita le osservazioni di Audouin per confermare la teoria del contagio vivo e proporre una prima forma dei postulati che alla fine del secolo diverranno i "postulati di Koch", ancora oggi usati per confermare un microrganismo specifico come causa di una malattia: "se fosse possibile dimostrare che si può coltivare un agente contagioso al di fuori del corpo, come nelle osservazioni di Audouin sul baco da seta, allora un tale agente potrebbe essere solo una pianta o un animale".



Agostino Bassi nei suoi libri illustra come si diffonde il fungo microscopico causa della malattia e raccomanda, per contenere l'infezione, la sterilizzazione di mani e oggetti, il distanziamento per prevenire il contagio

chi che sono responsabili, con i loro spostamenti, della diffusione del contagio, proponendo come forma di prevenzione un "abito", non lontano come idea dai camici e dalle mascherine divenute poi di uso corrente. Negli anni successivi Bassi pubblica altri volumi che generalizzano le sue idee all'insieme delle malattie contagiose, affermando che tutti i contagi, nessuno escluso, sono prodotti da esseri viventi, vegetali o animali: "Tutti i mali contagiosi degli animali e dei vegetali compreso pure l'uomo, provengono da esseri parassiti. L'idrofobia, la sifilide, la gonorrea, le peccchie, il vaiolo, il colera, la peste, molte, per non dire pressoché tutte le malattie cutanee sono generate e mantenute da esseri parassiti vegetali od animali di specie diverse". Tuttavia, la sola presenza di un germe non è sufficiente a produrre l'epidemia, se "non vi sia nell'individuo attaccato dal detto parassita o virus, ed in lui contenuto sin dalla

sua origine, la disposizione, capacità od attitudine ad essere pascolo opportuno per produrre il morbo". In questo modo si afferma una visione ecologica della malattia infettiva, come risultato di una interazione fra esseri viventi diversi con le loro caratteristiche biologiche, in un dato ambiente favorevole a tale interazione.

**Ed è tale visione ecologica che è alla base del concetto**



Nel 1953 le Poste Italiane emettono un francobollo per il 180° anniversario della nascita, raffigurante un ritratto di Bassi contornato da falene da seta

**di "One Health", diffuso dalle nuove strategie di sanità:** la salute delle popolazioni umane non può essere separata da quella del mondo animale e vegetale e da quella dell'ambiente naturale nel suo complesso. Tutte le opere di Bassi sono state ripubblicate nel 1925, a cura di un Comitato nazionale, in occasione delle

celebrazioni organizzate dalla Società medico-chirurgica di Pavia per i 150 anni dalla nascita. Il volume contiene un lungo ed esauritivo Commentario all'opera parassitologica (sui contagi) di Agostino Bassi da parte di Battista Grassi, che analizza in dettaglio la storia delle teorie sul contagium vivum, riconoscendo con le sue stesse parole che Bassi "dopo una lunghissima serie di venticinque e più anni di intensi studi, immense osservazioni, continui svariati esperimenti e grandi dispendi e fatiche, giunse finalmente a scoprire la vera natura del fatal morbo, nonché i mezzi di prevenirlo". Allora come oggi non si tratta, ovviamente, di rivendicare una "priorità italiana", ma di riconoscere il valore di una scoperta scientifica inserendola nel suo contesto storico. **Le preziose osservazioni di Bassi annunciavano infatti la scienza pastoriana, ma non ne erano una dimostrazione compiuta.** Solo con i lavori sperimentali di Pasteur e di Koch, con la precisa caratterizzazione teorica e sperimentale dei legami di causalità dei germi e delle caratteristiche del "terreno" (l'individuo e l'ambiente) si otterranno dimostrazioni valide e atte a convincere le autorità sanitarie ad applicare intensivamente tutte le misure tipiche della "nuova igiene scientifica".

**“ GLI ADDETTI ALLA PRODUZIONE DEI BACCHI SONO I RESPONSABILI DELLA DIFFUSIONE DEL CONTAGIO ”**



Food and Agriculture  
Organization of the  
United Nations



World Health  
Organization



7 June 2023 | **World Food Safety Day**



**Food standards  
save lives**

**#WorldFoodSafetyDay**

[www.fao.org/world-food-safety-day](http://www.fao.org/world-food-safety-day)  
[www.who.int/world-food-safety-day](http://www.who.int/world-food-safety-day)



# Una proposta INNOVATIVA

**Il partenariato pubblico-privato (Ppp) è un contratto a lungo termine tra pubblico e privato per la fornitura di servizi o infrastrutture, che ha il pregio di combinare la capacità di spesa degli enti pubblici con l'innovazione del settore privato, fondandosi su investimenti e responsabilità condivise**

di CARLO NICORA

che si attua attraverso un meccanismo legato alla performance".

Il Libro IV del Nuovo Codice (D.lgs. 36/2023) introduce, agli articoli 174-208, una disciplina unificata del partenariato pubblico-privato. L'obiettivo è quello di offrire una maggiore chiarezza e semplificazione agli enti concedenti e agli operatori economici, ma anche una maggiore flessibilità delle procedure e una riduzione del rischio regolatorio. Il Nuovo Codice definisce la disciplina dei Ppp come un'operazione economica, vale a dire un contratto fra un ente concedente e uno o più operatori economici, avente le seguenti caratteristiche:

1. una durata di lungo periodo e con un obiettivo di interesse pubblico;
2. una copertura finanziaria per la realizzazione del progetto provenien-

L'Unione europea definisce il Partenariato pubblico-privato "un contratto di una certa durata con un significativo apporto di capitali privati e con una allocazione dei rischi all'operatore economico,

La rubrica di questo numero, curata da Fiaso, è dedicata al primo di tre temi trasversali che saranno approfonditi nel corso della Seconda Convention del Management della sanità italiana, in programma a Roma dall'8 al 10 novembre in occasione del 25° anno di vita della Federazione. Nei prossimi due numeri il focus si sposterà dunque sull'evoluzione delle politiche per gli anziani in seguito all'approvazione della Legge 33/2023 e sulle opportunità offerte dall'applicazione di alcuni strumenti innovativi come quello, tra gli altri, dell'uso del metaverso in sanità.

- te in misura significativa da risorse reperite dagli operatori economici;
3. una precisa divisione dei compiti: agli operatori economici spetta la realizzazione e la gestione del progetto mentre, agli enti concedenti, la definizione degli obiettivi e la verifica della loro attuazione;
  4. un rischio operativo connesso alla realizzazione dei lavori o alla gestione dei servizi che sia in capo agli operatori economici.

Sebbene in molti Paesi i Ppp siano stati introdotti anche nel settore sanitario, in Italia restano uno strumento ancora poco utilizzato. Le motivazioni sono da ricercare nella preoccupazione per l'assunzione di responsabilità da parte dell'operatore pubblico, ma anche nella difficoltà di concepire il Ppp come uno strumento facilmente fruibile nell'ordinario. **È a partire dal 2002 che in alcune regioni fra cui Veneto, Lombardia e Toscana si inizia a fare ricorso a questa forma contrattuale** per la realizzazione di grandi investimenti, che riguardano per esempio la costruzione o la ristrutturazione di ospedali. **È oggi in corso un dibattito**

**in merito all'utilizzo del Ppp come proposta innovativa per le Aziende sanitarie** in ambiti quali lo spazio nella strategia di acquisto, gli aspetti giuridici e le loro ricadute operative, il Piano economico-finanziario, il contenuto del contratto e la remunerazione, e ancora l'allocazione del rischio operativo. **La sanità italiana sta attraversando una fase di cambiamento e occorre una nuova postura nel rapporto pubblico-privato**, in cui si investa in solide competenze manageriali, si superino i pregiudizi relativi al rapporto con il mercato e si sperimentino logiche di convergenza pubblico-privato verso la generazione di valore. Presupposto per il corretto funzionamento del Ppp è la costruzione di un ambiente basato sulla fiducia e su obiettivi allineati, in cui si operi secondo logiche di Value Based Procurement Process, che impongono alla committenza pubblica di essere buyer strategico, capace di stimolare il mercato a individuare soluzioni innovative per raggiungere obiettivi ambiziosi, produrre valore pubblico e un potente stimolo alla competitività e alla produttività delle imprese.

**È ampiamente riconosciuto come il partenariato pubblico-privato conduce a risultati più solidi quando sono le Aziende sanitarie a sollecitare il ricorso a questo strumento, conducendo a un incremento delle performance, della qualità e del valore dei servizi erogati.** Inoltre, il coinvolgimento dell'operatore economico che investe nel processo di generazione di servizi nelle Aziende ha l'effetto di aumentare l'efficacia organizzativa, di produrre innovazione e di rispondere in modo più efficace ai bisogni sanitari della collettività. Recentemente il partenariato pubblico-privato è stato applicato a modelli di servizi sanitari che si avvalgono dell'impiego della tecnologia, ponendosi come una delle soluzioni da valutare all'interno delle strategie di acquisto delle Aziende sanitarie. Ma lo sviluppo, in futuro, dovrà passare dall'acquisto di servizi di supporto e tecnologia medica a modelli basati sul valore che privilegino la qualità di cura e l'efficienza delle attività sanitarie. Il Ppp rappresenta un utile strumento per le direzioni

- strategiche delle Aziende sanitarie, che consente di:
1. costruire un percorso condiviso e di un allineamento di interessi fra l'attore pubblico e l'attore privato, legato al miglioramento delle performance dell'azienda sanitaria;
  2. favorire pratiche trasparenti nella scelta del soggetto privato;
  3. investire in formazione per aumentare le competenze all'interno delle Aziende in termini di governo e monitoraggio;
  4. adottare un approccio manageriale che superi l'ottica puramente di responsabilità e di allocazione delle competenze strettamente burocratiche e che sia supportato inoltre dalle Regioni;
  5. iniziare pilotando il modello su progetti più piccoli, come servizi specialistici o tecnologie sanitarie, prima di stipulare contratti in aree di servizi più complesse.

**Nella sanità del terzo millennio, se si vuole innovare, la collaborazione tra comparto pubblico e privato diviene imprescindibile:** va costruito un terreno d'incontro in spirito di collaborazione e di sano bilanciamento tra il ruolo delle due parti, con l'obiettivo finale di offrire ai cittadini servizi sempre più di valore, innovativi e sostenibili.

**“ IN ITALIA I PPP NEL SETTORE SANITARIO RESTANO UNO STRUMENTO ANCORA POCO UTILIZZATO ”**

Conver  
sando  
con

ALESSANDRA  
LOCATELLI

“Siamo un Paese inclusivo e accogliente, ma dobbiamo migliorarci”: Alessandra Locatelli, già ministro della famiglia nel governo Conte, è oggi chiamata a dirigere uno dei dicasteri più sfidanti e delicati, quello per la Disabilità. L'abbiamo incontrata per fare il punto su progetti e necessità

—  
di MARIA GIULIA MAZZONI

# “RIVOLUZIONE A PICCOLI PASSI”

**D**eterminata, appassionata e molto preparata. Così si presenta Alessandra Locatelli, Ministro della Disabilità, che ci ha ricevuti

in una giornata che, come di consueto, la vede rincorsa dagli impegni. Eppure, tra decreti da firmare e risposte da elaborare, si sofferma a parlare a lungo con noi per snocciolare le questioni più delicate. Senza filtri e mettendoci la faccia. Quel che ne abbiamo tratto è il profilo di una donna che certamente lascerà il segno 'rischiando' concretamente di fare la differenza, in positivo, per i milioni di persone che devono purtroppo fare i conti quotidianamente con il complesso mondo della disabilità.

**Ministro, iniziamo con il toglierci un dente: un ministero della disabilità è oggi un istituto quasi indispensabile per offrire risposte a quasi 13 milioni di italiani. E anche - mi permetto di aggiungere - un segno di civiltà e attenzione che fa onore alla politica. Perché c'è chi ne contesta l'utilità? Non trova che un Ministero per la Disabilità possa davvero far da raccordo e puntello per gli altri Dicasteri?**

In un mondo perfetto non ci sarebbe la necessità di istituire un Ministero per le disabilità, semplicemente perché in quel mondo, ogni persona, ogni assessore, ogni ministro metterebbe davanti a tutte le altre priorità quella di garantire a ciascun cittadino una piena partecipazione e una vita dignitosa. Noi stiamo cercando di farlo, ma è una grande rivoluzione. Passi in avanti ne sono indubbiamente stati fatti, però c'è ancora tanta strada da percorrere. Penso all'accessibilità

## “ RAGIONIAMO IN SENSO ESTESO DI UN PERCORSO CHE CONSIDERI LA PERSONA COME UNITARIA ”

fisica, ma più in generale mi riferisco ad un fine più universale che riguarda il garantire attività e servizi che concorrano ad un reale miglioramento della qualità della vita delle persone. Ecco perché in Italia abbiamo il Ministero per le disabilità. Per stimolare quel cambiamento, per guardare oltre e promuovere un salto di qualità significativo, in un momento storico sfidante, crediamo che avere un Ministero trasversale aiuti anche tutti gli altri a concorrere a questo risultato.

**Alessandra Locatelli, già ministro della famiglia nel governo Conte. Determinata e risoluta, viene dipinta come un politico del "fare". Come ha vissuto questa nuova sfida? Perché, di sfida stiamo chiaramente parlando.**

Per me è stato un grande onore e, sì, certamente una grande sfida. Mi sono messa subito al lavoro affiancata, ci tengo a dirlo, da uno staff che ho fortemente voluto,

molto preparato e sensibile a questi temi, una squadra con la quale abbiamo fin da subito condiviso l'obiettivo più importante: lavorare per produrre miglioramenti concreti nella qualità della vita dei cittadini che convivono con una condizione di disabilità. Siamo impegnati su più fronti e lavoriamo con gli altri Ministeri per migliorare le politiche che riguardano tutti i temi, dal trasporto alla scuola, al turismo. Qualsiasi area di intervento è oggi condivisa con noi, anche dal punto di vista delle azioni europee. Abbiamo iniziato a portare in Europa i report del lavoro che stiamo mettendo in campo e delle migliori pratiche che abbiamo nei nostri territori. In Italia il mondo del Terzo settore, in particolare, ha sviluppato progetti molto importanti che possono essere presi a modello anche dagli altri paesi europei. Siamo l'unico Paese che ha una legge sull'inclusione lavorativa, e



**CHI è**

Alessandra Locatelli nasce a Como il 24 settembre 1976. Laureata in Sociologia, ha svolto esperienze di volontariato in Italia in diverse strutture sociali e socio sanitarie, presso associazioni che si occupano di sport e disabilità, nei servizi di urgenza ed emergenza, e in Africa in centri per bambini. Ha lavorato per molti anni nel campo dell'assistenza, della cura, dell'educazione e dell'accoglienza di persone adulte con disabilità intellettiva. Ha diretto una Comunità Alloggio a Como, è stata assessore alle Politiche Sociali e Vicesindaco, parlamentare e assessore alle Politiche sociali e della Famiglia di Regione Lombardia. Dal 22 ottobre 2022 è Ministro per le Disabilità nel governo Meloni

## ALESSANDRA LOCATELLI

uno dei pochi che prevede i percorsi inclusivi per le scuole.

**Lei ha lavorato nel campo dell'assistenza e della cura di persone adulte con disabilità intellettiva, ed ha svolto esperienze di volontariato in Italia e in Africa. Quale la lezione più preziosa che porta in dote al Ministero?**

Dalla mia esperienza di vita, di lavoro, di volontariato, ma anche di amministratore, ho imparato che ciascuno di noi può fare qualcosa per gli altri. Condivido un'esperienza che non racconto mai, un episodio estremamente significativo che mi è capitato in Africa. Mi trovavo in un centro di sostegno per bambini con disabilità e c'era una bimba molto piccola che, uscendo dalla chiesa di corsa, è caduta per terra davanti ai miei occhi, e nessuno si avvicinava per aiutarla. Era malata di Aids e la gente aveva paura del contagio. Ma quella bambina stava sanguinando e aveva bisogno di aiuto, quindi io d'istinto mi sono avvicinata, l'ho presa in braccio e l'ho medicata, mentre tutti intorno a me mi guardavano come se stessi facendo una cosa stranissima. A me sembrava la cosa più naturale del mondo, ma lì ho capito che nulla è scontato e da quel momento si è radicata in me la ferma convinzione che ciascuno di noi, anche con piccole azioni quotidiane, può davvero scegliere in ogni momento di fare la differenza.



Il Ministro Locatelli incontra la Segretaria di stato al lavoro e gli affari sociali della Germania Anette Kramme

**Scendiamo nel concreto. Ministro come sta procedendo l'attuazione della Legge delega sulle disabilità? Ci sarà anche la revisione del sistema di accertamento della disabilità.**

L'attuazione della legge delega in materia di Disabilità prevede 5 decreti attuativi. Il primo, approvato nella seduta del Consiglio dei Ministri del primo maggio, prevede la riqualificazione delle pubbliche amministrazioni per garantire ai cittadini l'accessibilità fisica agli spazi e a tutti i servizi degli enti. Il provvedimento riguarda anche i lavoratori con disabilità che devono poter usufruire di spazi, tecnologie digitali e svolgere il proprio lavoro in autonomia.

Gli altri decreti riguardano l'istituzione del Garante nazionale per le persone con disabilità, del Tavolo per l'individuazione dei livelli delle prestazioni sociali, che vede naturalmente il coordinamento con il Ministero delle Riforme del ministro Calderoli,

la riforma dell'accertamento della condizione di invalidità civile e la valutazione multidimensionale per il progetto di vita delle persone con disabilità. Quest'ultimi due sono fondamentali. Si tratta di due temi rivoluzionari nonché di due milestones del Pnrr e, quindi, hanno una scadenza (primavera del 2024) che non possiamo mancare. Sul tema dell'accertamento dobbiamo fare un grande salto di qualità. Una riforma che veda il passaggio, seppure in forma mista ed elaborata, da quelle che fino ad oggi sono state valutazioni fatte attraverso tabelle e percentuali all'utilizzo dell'Icf (classificazione internazionale del funzionamento della persona). Passeremo, quindi, da una valutazione dell'invalidità civile che era legata alla capacità residua di lavorare di una persona, ad una definizione di disabilità che deriva direttamente dalla Convenzione Onu e che muove dal valore della persona stessa e dal suo funzionamento. Parlando poi del progetto di vita, ci troviamo ad affrontare una sfida ancora più grande perché abbiamo l'ambizione di cambiare il paradigma: non discutiamo più di organizzare e prevedere una serie di prestazioni a sé stanti, ma ragioniamo in senso esteso di un percorso che consideri la persona come unitaria. Lo dico sempre: una persona non ha bisogno solo di medicine e terapie, ma anche di relazioni, affetto, tempo sociale e ricreativo. Tutto questo deve essere compreso nel progetto di vita. È chiaro che si tratta di una grande sfida, ma è iniziata.

**A metà aprile scorso è stato istituito presso il suo dicastero il tavolo tecnico che ragionerà in merito alla**

“ SIAMO L'UNICO PAESE CHE HA UNA LEGGE SULL'INCLUSIONE LAVORATIVA ”



proposta di riforma della legge del “Dopo di Noi”. Con quali obiettivi? Secondo un’analisi del gennaio scorso della Corte Conti le Regioni sono in ritardo nell’attuazione delle misure del “Fondo Dopo di Noi”. E qui ci troviamo ancora una volta di fronte ad un’Italia a doppia velocità. (e, ancor peggio, a diritti “scaglionati” per i cittadini). Posto che il problema è notoriamente complesso, come immagina il superamento di questo gap?

Sul Dopo di Noi abbiamo istituito da poco un Tavolo (metà aprile, ndr) che intende lavorare proprio su una proposta di riforma che tenga conto del fatto che, come emerso anche da articoli e ricerche recenti, questa legge è, in realtà, molto innovativa, ma non è stata pienamente compresa soprattutto dal territorio. Nelle famiglie, complice forse la pandemia, permangono alcune perplessità. Servono formazione, informazione e risorse. Non è una cosa semplice, ma abbiamo già più di ottomila progetti – comunque mi piace ricordare sempre che si tratta a tutti gli effetti di ottomila persone - e poi ci sono tante esperienze che provengono da associazioni o famiglie che si sono attrezzate in autonomia per intraprendere percorsi di co-abitazione. Credo, però, che per poter sfruttare al meglio il fondo, e rispondere alle reali esigenze delle famiglie delle persone, la legge debba necessariamente essere rivista. Prima di tutto la modifica deve prevedere un ampliamento delle maglie per l’accesso, perché adesso è riservata solo a persone con “grave” disabilità. Noi invece riteniamo, e ne ho parlato col Tavolo proprio nella seduta di

## UNIRE FORZE E OBIETTIVI TRA ISTITUZIONI PER AZIONI EFFICACI E STRUTTURATE

insediamento, che questo tipo di percorso debba essere reso possibile per tutte le persone con disabilità a prescindere dalla gravità. Ma non solo. Crediamo sia necessario inserire alcune sperimentazioni, penso per esempio alle persone con disturbo dello spettro autistico, rivedere il tema della palestra di vita, in modo da sviluppare meglio il sollievo e i percorsi per l’autonomia; poi c’è il monitoraggio, che nella legge non è previsto, ma dobbiamo riflettere sull’inserimento di eventuali figure che possono essere presenti e garantire maggior sicurezza alle persone e alle famiglie. Insomma, il tema va approfondito, il tavolo è nato per questo, credo che

riusciremo a fare un buon lavoro. Ci sono delle differenze territoriali grandi, è vero, la presenza di un Terzo settore così capace e motivato in qualche modo riesce a tamponare, ma dal punto di vista della risposta delle amministrazioni locali il sistema va sicuramente migliorato. Sui tavoli, non a caso, ci sono anche rappresentanti di Comuni e Regioni.

**L’ultima Legge di Bilancio ha messo a disposizione diverse misure a favore delle persone con disabilità. Le chiedo subito se è soddisfatta.**

Devo dire di sì, soprattutto considerando il contesto di crisi economica e sociale che viviamo. Nel giro di tre settimane dall’insediamento del governo è stata concepita una legge di bilancio che ha indirizzato molte risorse per le fasce più deboli. Non dimentichiamo i provvedimenti che hanno riguardato il sostegno alle strutture di assistenza (centri disabili, enti del terzo settore, Rsa) che si sono trovate in difficoltà a causa dei rincari energetici. E ancora, più di recente, il lavoro del governo a favore delle famiglie con più figli e con a carico persone con disabilità. Abbiamo approvato inoltre la legge sulla non autosufficienza anziani, anche quella con un impatto sostanziale, soprattutto nell’ambito di un tema estremamente complesso che riguarda la gestione di una popolazione che sta invecchiando.

**RIGUARDO LE DISABILITÀ IL LAVORO IN CORSO D’OPERA È TANTO**

*Nel decreto lavoro prevediamo l’istituzione di un fondo di 7 milioni di euro per garantire un contributo in favore degli Enti del Terzo settore che favoriscono l’inserimento lavorativo, a tempo indeterminato, di giovani con disabilità fino a 35 anni, e abbiamo inserito un provvedimento importante che sostiene e incentiva l’intermediazione e l’accompagnamento all’inserimento lavorativo. Nel disegno di legge delega per la semplificazione dei procedimenti amministrativi abbiamo introdotto misure importanti e concrete per semplificare la vita delle persone più fragili e delle loro famiglie. Le persone con patologie croniche e invalidanti avranno la possibilità di usufruire di prescrizioni con ripetibilità illimitata per farmaci, cicli terapeutici e presidi. Inoltre, sarà possibile accedere alle diverse prestazioni utilizzando la stessa documentazione, evitando lungaggini e burocrazie sovrapposte.*



È un buon inizio e su questa strada andremo avanti.

**Le famiglie con disabili si trovano a sostenere frequentemente costi per le cure. Secondo un focus dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, resta troppo bassa rispetto ad altri Paesi Ue la quota di spesa destinata a politiche per la disabilità. Cosa ne pensa?**

Diciamo subito che è un po' difficile paragonare sistemi tanto diversi tra loro. Molti servizi che abbiamo in Italia, penso ad esempio a quelli già citati come l'inclusione scolastica e quella lavorativa, non sono affatto garantiti in tutti i Paesi. Quindi bisognerebbe capire prima di tutto sulla base di cosa avviene questo confronto. Certamente, però, una riflessione interna va fatta. È innegabile che, a parità di numero di figli e di componenti, una famiglia che ha in carico una persona con disabilità è indubbiamente oggi una famiglia più povera e quindi c'è bisogno di attivare politiche di sostegno efficaci per queste realtà. Si può fare di più anche dal punto di vista della riorganizzazione delle risorse e della ricomposizione, ottimizzata, di tutti i fondi che in Italia sono tanti ma restano molto frammentati. Non è, però, tutto da demonizzare. Devo sottolineare che quando sono stata a Bruxelles ho potuto toccare con mano quanto l'Italia possa essere un modello per altri Paesi, soprattutto per quanto

riguarda l'efficace collaborazione tra enti del Terzo settore e Istituzioni.

**In questo momento su cosa si sta impegnando l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle Persone con disabilità?**

Lo stiamo riorganizzando anche in virtù di una richiesta che ci è stata fatta dalla Corte dei Conti. È un organo che ha un valore molto importante dal mio punto di vista, anche perché ha tra i suoi compiti quello di redigere il Piano nazionale per la disabilità che viene poi firmato dal Presidente della Repubblica. Inoltre ha il dovere di monitorare tutti gli interventi di pertinenza legati al Pnrr, anche quelli in capo ad altri ministeri.

### L'ITALIA PUÒ ESSERE CONSIDERATO UN PAESE INCLUSIVO?

*Siamo un Paese inclusivo e accogliente, ma dobbiamo migliorarci.*

*La verità è che molte delle nostre norme, molto attuali, molto innovative, molto inclusive, sono purtroppo rimaste sulla carta.*

*Basti pensare che sul tema delle barriere architettoniche abbiamo leggi risalenti addirittura agli anni '80, che ci indicano chiaramente le strategie di abbattimento, ma nei nostri comuni non sempre trovano piena applicazione. Il cambiamento comunque in atto è lento, ma siamo chiamati a contribuire tutti. Continuo a dire che i livelli di intervento sono molteplici e se da un lato le amministrazioni nazionali, regionali, locali devono fare la loro parte, c'è anche tanto che possono fare le singole persone. Se ciascuno di noi, amministratore o cittadino, inizia a ragionare immaginando che quello che fa lo deve fare per tutti, allora ci troveremo di fronte ad una rivoluzione culturale significativa.*



**Quello che mi rende più orgogliosa, ogni volta, è aver parlato e ragionato con qualcuno dei problemi e delle cose più belle, e per questo è un po' più contento. Sembra forse una cosa banale, però questo è quello che mi gratifica di più, che mi fa capire che il nostro lavoro, il nostro ruolo, spesso mortificato dal luogo comune del politico fuori dal mondo e lontano dal cuore, può avere veramente un senso se svolto con umiltà.**

Il lavoro è tanto, complesso e importante. Mi piace anticiparvi che a settembre realizzeremo un grande evento (a Rimini, ndr), dove si svolgeranno cinque seminari tematici che intendono fare il punto su azioni, proponimenti e priorità. Saranno coinvolti tutti gli enti del Terzo settore e delle associazioni che saranno quindi chiamate a dare il loro contributo all'individuazione dei bisogni e delle priorità su cui poi lavoreremo per redigere il prossimo Piano nazionale.

Vorrei che questo fosse un Piano più strategico, più operativo, non un trattato filosofico, proprio per dimostrare che abbiamo la volontà e la capacità di programmare i prossimi tre anni con azioni mirate.

**Un aspetto di cui in pochi parlano la correlazione tra invecchiamento e disabilità, ma è un dato di fatto che l'aumento dell'età è correlato ad un peggioramento delle condizioni di vita delle persone con disabilità. Secondo lei il nostro Sistema di welfare sarà in grado di affrontare una domanda crescente di servizi per assicurare a queste persone**

**“ MOLTE DELLE NOSTRE NORME, INNOVATIVE E INCLUSIVE, SONO RIMASTE SULLA CARTA ”**

## “ CIASCUNO DI NOI PUÒ DAVVERO SCEGLIERE IN OGNI MOMENTO DI FARE LA DIFFERENZA ”

### **l'assistenza sanitaria e sociale e il diritto a vivere una vita – quanto più possibile - indipendente?**

Credo che con la legge delega, appena approvata, sulla non autosufficienza anziani siano state tracciate delle chiare linee di intervento. È evidente che ora occorre dare una continuità a questo processo e sono convinta che l'unica strategia utile sia quella di immaginare nel progetto di vita un percorso, che tenga assieme le misure, i servizi, ma anche le risorse che arrivano dal volontariato, dal territorio e dalla famiglia.

### **Torniamo nel pratico e parliamo di sinergie. Privato e terzo settore sono delle preziose risorse in campo sociale. Storicamente poi in Italia il mondo del profit e no profit in campo assistenziale è molto presente. Come rafforzare queste collaborazioni per dare risposte più rapide e più mirate? Quanto è importante invece il dialogo con il mondo delle associazioni?**

L'unico modo per immaginare azioni efficaci e più strutturate è quello di unire le forze e gli obiettivi tra Istituzioni, enti del Terzo settore e del privato. Lo abbiamo toccato con mano durante la pandemia: in quei terribili mesi le Istituzioni da sole non avrebbero potuto raggiungere tutti i cittadini e gli enti del terzo settore, da soli, pur avendo quella possibilità, non avrebbero avuto la legittimazione per farlo. In più, mancavano anche delle risorse che sono state parzialmente messe dal mondo privato. Grazie a questa esperienza terribile, abbiamo però imparato che l'unico modo per

immaginare le prossime azioni politiche è farlo insieme. Da questo punto di vista ci aiutano anche le norme, sia la L.328/2000 che la L.117/2017, più di recente, che vedono la co-programmazione, la co-progettazione e la sussidiarietà orizzontale come la chiave per la programmazione delle politiche a tutti i livelli istituzionali. Tutte le proposte del mio Ministero nascono dal confronto con gli enti del Terzo settore o con il mondo associativo. Per dare risposte concrete serve la condivisione.

### **Parliamo anche della difficile situazione dei caregiver familiari. Cosa si sta facendo per loro?**

Quando parliamo di caregiver familiari a me piace aggiungere sempre il termine conviventi per fare i doverosi distinguo tra chi si occupa di una persona 24 ore su 24, da chi invece offre assistenza saltuaria.

*Nell'ambito della prossima Conferenza Onu di New York, all'evento sull'autismo, hanno chiesto di partecipare anche Enac e Lions International.*

*All'iniziativa, co-organizzata con l'Austria, parteciperà anche la Dottoressa Michela Fagiolini dell'Università di Harvard.*

*Per i Dama, protocolli di presa in carico di cura avanzata attivi in alcuni contesti ospedalieri italiani e di cui, insieme al Ministro della Salute Schillaci, intendiamo scrivere le linee guida nazionali, per favorire la loro messa a regime su tutto il territorio. L'evento sarà in condivisione con Argentina e Cuba.*

*In tutti e due i momenti saranno con me i due massimi esperti italiani di queste tematiche, il Dottor Roberto Keller e il Dottor Filippo Ghelma.*

*Entrambi gli eventi saranno co-sponsorizzati dal Forum Europeo della disabilità*

La fatica e l'impegno profusi sono chiaramente molto diversi. I caregiver familiari conviventi sono persone che si sacrificano molto, rischiano l'isolamento, ma non vogliono essere sostituite nel loro atto di amore e di cura.

Vogliono essere aiutate in questo compito, di cui si fanno carico, e noi dobbiamo dare il giusto supporto. Proprio su questo aspetto siamo stati chiamati dall'Onu a dare risposte e stiamo iniziando un serio ragionamento. Istituiremo un Tavolo interministeriale ad hoc tra il mio Ministero e quello delle Politiche del lavoro proprio per creare un profilo di riconoscimento della figura del caregiver. Su questo tema si sono succedute per tanti anni proposte di legge che poi sono rimaste ferme, perché non si è trovato quel punto di caduta, io lo chiamo il minimo comune denominatore, per riuscire a far aderire la proposta. Adesso, però, va trovato e non c'è più tempo da perdere.

### **Quale il prossimo punto in agenda?**

La conferenza Onu di New York di giugno. Per la prima volta l'Italia presenzierà, sarò lì per portare il mio contributo, ma non mi sono voluta limitare a questo e stiamo organizzando anche due eventi collaterali, uno sull'autismo e uno sui Dama.

Per quanto concerne l'autismo, desidero approfittare dell'occasione per portare l'attenzione su alcuni progetti importanti che insieme al Terzo settore si stanno sviluppando in Italia. Tutto è migliorabile, ma è giusto condividere, e essere orgogliosi, di alcune progettualità di vera eccellenza che il nostro Paese sta esprimendo.

## # COVER STORY

La necessità è sotto gli occhi di tutti: aprire un serio dibattito su una riforma del Servizio Sanitario Nazionale è una questione non più procrastinabile. Il nostro editorialista Giovanni Monchiero, in un articolo sul numero di maggio, ha quindi deciso di aprire le danze invitando tutti a contribuire con la propria riflessione. **Dedichiamo, quindi, questa Cover story al tema della riforma, dando voce agli autorevoli esponenti del mondo della sanità che hanno accolto l'invito a partecipare alla discussione**

# IN MEMORIA DEL SERVIZIO SANITA

Vorrei, preliminarmente, sgombrare il campo da due possibili equivoci. **Considero il Ssn la più grande opera pubblica italiana** e vorrei vederlo prosperare per i prossimi decenni; lavoro da vent'anni per una struttura sanitaria privata no profit e **considero il settore privato un'imprescindibile risorsa per il nostro Paese**



di WALTER RICCIARDI

**uccidendo Santiago Nasar, ma nessuno fa niente e si verificano una serie di coincidenze e di eventi che rendono ineluttabile il tragico epilogo della vicenda.** Molti pensano che le loro siano solo minacce formali, altri sono convinti che Santiago sarà avvisato in tempo così da scampare alla

alcuni colleghi scrissi "La tempesta perfetta - Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo", perché **il tracollo che si sta verificando non è tempestoso, è piuttosto un lento scivolamento verso un sistema misto caratterizzato da un settore sanitario pub-**

# RIO NAZIONALE?

**D**a analista e studioso di sanità pubblica non posso fare a meno di constatare che il Servizio Sanitario Nazionale italiano, nato in una stagione storica speciale grazie a politici illuminati e a una forte volontà popolare, ha gli anni contati, almeno per come lo abbiamo conosciuto nei passati quarantacinque.

È dal 2015 che continuo a lanciare allarmi (vedi i riferimenti nel box Letture) per evitare il naufragio del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn), ma niente cambia e la situazione continua a deteriorarsi: **è come nel celeberrimo libro di Gabriel Garcia Marquez "Cronaca di una morte annunciata" in cui tutti sanno che i fratelli Vicario vogliono vendicare il loro onore ferito**

morte, altri ancora credono nell'innocenza dell'uomo, ma l'unico che rimane totalmente ignaro di ciò che sta per accadere è proprio il diretto interessato che verrà a conoscenza dei fatti solo pochi attimi prima di essere ammazzato.

Credo che invece, almeno per chi ci lavora, sia evidente la crisi strutturale ormai raggiunta dalle nostre organizzazioni sanitarie, dal clima quasi intollerabile che respirano gli operatori sanitari, dalla frustrazione crescente dei cittadini che a milioni non riescono più ad accedere ai servizi e dallo sgomento di quando, diventati pazienti, capiscono di non avere alternative rapide ed efficaci se non a pagamento. Un'unica cosa modificerei se tornassi indietro al 2015, quando con

**blico sempre più povero e sottofinanziato per i poveri e uno privato sempre più florido e performante per chi può permetterselo tramite un'assicurazione, un fondo aziendale o con spesa di tasca propria.**

Due libri fondamentali per comprendere le implicazioni delle scelte pubbliche sul futuro "Perché le nazioni falliscono" di Acemoglu e Robinson e "Collasso. Come le società scelgono di morire o vivere" di Diamond ci fanno capire che la prosperità e la povertà dipendono dalla qualità delle istituzioni politiche ed economiche che possono essere "inclusive" o "estrattive". Le istituzioni "inclusive" favoriscono il coinvolgimento della mag-



**L'odontoiatria è uno dei settori nel quale si registra il maggior tasso di rinuncia alle cure per motivazioni di natura economica.**

Lo si legge nel documento "Revisione dell'accesso alle cure odontoiatriche nel Ssn" realizzato dal Consiglio Superiore di Sanità. Un dato interessante che emerge dal rapporto sulle Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea evidenzia che il 5.7% dei cittadini con più di 15 anni e il 5.7% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni non ha effettuato visite o trattamenti dentistici per motivazioni di natura economica (nei dodici mesi precedenti l'intervista). Si rileva inoltre, che il 13% dei cittadini con più di 15 anni e il 19.6% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni ha effettuato le prestazioni odontoiatriche in ritardo o non le ha effettuate per motivi di lista di attesa (nei dodici mesi precedenti l'intervista). Si confermano le note disuguaglianze territoriali a svantaggio della zona del Sud Italia e delle Isole. Inoltre, solo il 4.5% dei cittadini con più di 15 anni e il 5.7% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni si sono rivolti ad una struttura pubblica per cure odontoiatriche ricorrendo a strutture private convenzionate o a studi odontoiatrici gestiti da liberi professionisti (rispettivamente il 95.5% dei cittadini con più di 15 anni e il 94.3% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni) pur dovendo sostenere interamente il costo della prestazione (86.1% dei cittadini con più di 15 anni e l'87.2% dei cittadini di età maggiore ai 65 anni).

**L'OUT OF POCKET** Rispetto al 2019 aumenta la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia per le visite specialistiche (dal 37% al 41,8% nel 2022) sia per gli accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022).

Il ricorso a prestazioni sanitarie avvalendosi di copertura assicurativa sanitaria risulta da sempre più diffuso nel Lazio (nel 2022 il 10,8% delle persone dichiara di averne fatto ricorso in caso di visite specialistiche), in Lombardia (9,7%), nella Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e in Piemonte (8,1%); si attesta intorno al 5% in Liguria, Emilia Romagna e Toscana, mentre nelle regioni del Mezzogiorno copre in media solo l'1,3% per le visite specialistiche.

Fonte: Rapporto civico sulla salute 2023-Cittadinanzattiva

## “ I NODI SONO TANTI E STANNO ARRIVANDO TUTTI AL PETTINE, CONTEMPORANEAMENTE ”

gioranza dei cittadini e pertanto, con la crescita economica, favoriscono anche lo sviluppo umano e civile; le istituzioni "estrattive", al contrario, sono finalizzate a "estrarre" rendite a beneficio di una minoranza di privilegiati.

In Collasso, Diamond insiste sulla possibilità che le diverse società hanno di scegliere se affrontare e superare le proprie crisi o, per diversi motivi, andare incontro alla propria fine ed è per l'appunto quello che stiamo facendo, o meglio non stiamo facendo, per salvare il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

I nodi sono tanti e stanno arrivando tutti al pettine, contemporaneamente.

Il primo, motore di quasi tutti gli altri, è quello delle risorse. Quasi tutti governi che si sono succeduti nelle ultime legislature hanno fatto la scelta, inizialmente obbligata per il salvataggio finanziario del Paese, successivamente politica di attribuzione di scarsa priorità, di sottofinanziare il Ssn. **Gli ultimi 3 governi hanno addirittura deciso di non usufruire del cosiddetto Mes Sanità, un finanziamento straordinario stanziato dall'Unione Europea per fronteggiare l'impatto post pandemico che avrebbe potuto portare fino a 37 miliardi di euro, proprio quelli che ci sarebbero serviti per colmare i buchi di personale, rinnovare logisticamente e tecnologicamente le nostre strutture, finanziare ricerca, innovazione e sviluppo.** È stata una scelta maggioritaria e precisa, soprattutto ideologica, e lascia il Ssn privo persino delle risorse essenziali per recuperare i costi degli aumenti energetici e dell'inflazione, figuriamoci per svilupparsi e prosperare. Nel frattempo le strutture sono desertificate di personale, mancano decine di migliaia di operatori, soprattutto medici e infermieri e le condizioni di lavoro di quelli in servizio sono sempre più drammatiche per remunerazioni scarse e potere d'acquisto ritorna-

to indietro di venti anni, con carichi di lavoro sempre più pressanti sia fisicamente, peraltro su una forza lavoro che è la più anziana d'Europa, sia psicologicamente, per la continua tensione di vivere sotto la pressione di una popolazione sempre più esasperata e, talvolta, violenta.

Il brutto è che però, con qualche meritevole eccezione, anche gli operatori appaiono rassegnati al loro destino e votano sempre più con i piedi, cercando di andare in pensione quanto prima quelli più anziani, andandosene dal pubblico al privato quelli più esperti e richiesti, migrando all'estero quelli più giovani e addirittura cambiando lavoro, soprattutto nel caso degli infermieri.

**Interi ospedali lavorano con organici ridotti fino al 50% e se è difficile reclutare medici e infermieri nelle città, la missione è assolutamente impossibile nei piccoli centri e nelle zone rurali,** dove diventa sempre più difficile trovare anche medici di medicina generale, con ormai milioni di cittadini che non hanno alcun punto di riferimento sanitario, se non a distanza spesso di decine di chilometri da casa.

Il risultato è che milioni di cittadini rinunciano alle cure con evidenti drammatiche conseguenze sulla qualità e sulla durata della loro

vita e, a scoppio ritardato, sulla prosperità del Paese. **Se pensate che tutto ciò mobilizzi in modo energico le reazioni della gente e degli stessi operatori vi sbagliate di grosso.** Nessuna manifestazione, nessuna protesta; si scende in piazza per motivi economici, fiscali o previdenziali, si è protestato contro le vaccinazioni e le misure di sanità pubblica durante la pandemia, si manifesta per un minimo aumento salariale che sarà inghiottito immediatamente dalle spese sanitarie in caso di malattia. Si perché il cittadino medio italiano, quando sta bene, per il Servizio Sanitario Nazionale non ha alcun interesse, lo considera scontato, salvo accorgersi all'arrivo in un Pronto Soccorso che la carenza di personale lo obbliga ad attese di giorni su una barella e, una volta ricoverato, ad una qualità dell'assistenza spesso inadeguata, nonostante gli enormi sforzi degli operatori in servizio. Ma neanche questi ultimi paiono attivi e reattivi, certamente non lo sono in modo organizzato, e quando succede questo la strada è segnata: il fallimento non dichiarato ma evidente nei fatti del servizio sanitario

universalistico.

**Di fronte a una passività simile, per anni il Governo inglese ha continuato a sottofinanziare il National Health Service e ad umiliare un personale scarsamente reattivo, fino a quando un tardivo sciopero di medici specializzandi e infermieri, tuttora in corso, lo ha messo definitivamente in ginocchio.** Nel frattempo un prima inesistente settore privato ha cominciato a crescere in modo fulminante, con interi settori, a partire da quelli socio-sanitari, quasi interamente privatizzati e cittadini costretti a pagare per servizi fino a qualche anno fa gratuiti o, sempre più spesso, a rinunciare a curarsi. Non è un caso che in quel Paese persino l'aspettativa di vita ha avuto la più brusca inversione di tendenza dalla Seconda Guerra Mondiale, cominciando a diminuire, con ricadute drammatiche anche sull'economia, la peggiore del mondo industrializzato. È quello che sta succedendo anche da noi, dove già in molte regioni i servizi erogati da soggetti privati hanno superato quelli dei servizi pubblici e dove un già florido settore privato

sta vedendo i propri profitti aumentare in modo significativo, non solo quelli rimborsati dal pubblico in regime di convenzione, ma anche quelli pagati da assicurazioni o con spesa out of pocket. D'altra parte, se nei fondi stanziati dal Governo attuale c'è un incremento totale inferiore rispetto agli investimenti previsti da un unico grande gruppo privato che

ritiene opportuno disinvestire dall'editoria per investire in sanità, appare chiaro dove saranno più interessanti le opportunità di business in Italia nel prossimo futuro. L'ottimismo della volontà direbbe che non bisogna rassegnarsi, ma l'analisi scientifica dei fattori in campo fa diagnosticare al paziente Ssn una prognosi riservata che volge al peggio. È vero che il nostro Paese nel passato ha mostrato recuperi sorprendenti e incredibile capacità di recupero, ma senza adeguata visione, competenze, risorse, incentivi ed un preciso piano operativo, stavolta questo sembra quasi impossibile. **Sarebbe il caso di lanciare una grande mobilitazione nazionale bipartisan che susciti l'attenzione dei decisori politici e li spinga a mettere al centro dell'attenzione non solo il salvataggio, ma lo sviluppo dell'unica istituzione che può consentire alla nostra nazione di rimanere civile.** Perché nessun Paese può essere definito veramente civile se ad una persona viene negata assistenza sanitaria perché non ha i mezzi per pagarla. Lo faremo?



#### LETTURE

- Diamond J. **Collasso. Come le società scelgono di morire o vivere** Einaudi, 2005
- Acemoglu D., Robinson J.A., **Perché le nazioni falliscono** Il Saggiatore, 2013
- Ricciardi W., Atella V., Cricelli C., Serra F. **La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?** Vita e Pensiero, 2015
- Ricciardi W., Solipaca A., **Un viaggio difficile. Gli ultimi 15 anni di sanità pubblica tra equità e sostenibilità** Vita e Pensiero, 2019
- Ricciardi W. **La battaglia per la salute** Laterza, 2019
- Ricciardi W. **Sanità Pubblica. Scienza e politica per la salute dei cittadini**, 2021
- Ricciardi W. **Pandemonio** Laterza, 2022
- Solipaca A., Ricciardi W. **Il Servizio Sanitario Nazionale. Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà** Vita e Pensiero, 2023.

**“ NESSUN PAESE PUÒ ESSERE DEFINITO CIVILE SE AD UNA PERSONA VIENE NEGATA ASSISTENZA SANITARIA PERCHÉ NON HA I MEZZI PER PAGARLA ”**

# Due le strade da percorrere

Un riallineamento del finanziamento del Ssn alle medie Ue, nelle condizioni attuali, sembra una chimera ma non appare ulteriormente procrastinabile. **Sul come fare rimane materia aperta di dibattito**

di FEDERICO SPANDONARO

Il finanziamento pubblico della spesa sanitaria, in Italia, si attesta al 75,6% (dato Oecd, 2021). Tale percentuale è significativamente inferiore a quella media dei Paesi Ue di riferimento (che continuiamo a voler pensare come quelli originari del

progetto Ue), che si attesta all'82,9%. **1** Gli oltre 7 punti percentuali di differenza hanno, nel tempo, generato un progressivo distacco della spesa pubblica italiana dalla media osservata negli altri Paesi che, in euro, è ormai pari al 43,8% (la per-

centuale si riduce leggermente, ma senza cambiare il senso della valutazione, considerando la spesa riportata a parità di potere di acquisto). **2** In modo complementare, la spesa socio-sanitaria privata ha raggiunto 41 mld. di euro, pari al 2,3%

del Pil: in proporzione del Pil, incide più che negli altri Paesi Ue, dove si attesta al 2,0%. Un risultato che sembra paradossale essendo riferito a quello che continua, forse non più tanto a ragione, ad essere considerato per antonomasia "il sistema sanitario pubblico".

**Sembra, quindi, che non ci possano essere dubbi sul fatto che si sia determinato un arretramento del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) sul fronte della sua funzione equitativa.** E questo malgrado le disparità regionali si siano ridotte molto meno di quanto sperato, anche a causa della storica mancanza di finanziamenti mirati al riequilibrio, pure reiterati nel testo riformato del Titolo V della Costituzione. Persino il 40% di risorse del Pnrr vincolate per il Sud rischia di non essere sufficiente a riequilibrare equitativamente il Ssn; infatti, non si agisce sul riparto della spesa corrente, il



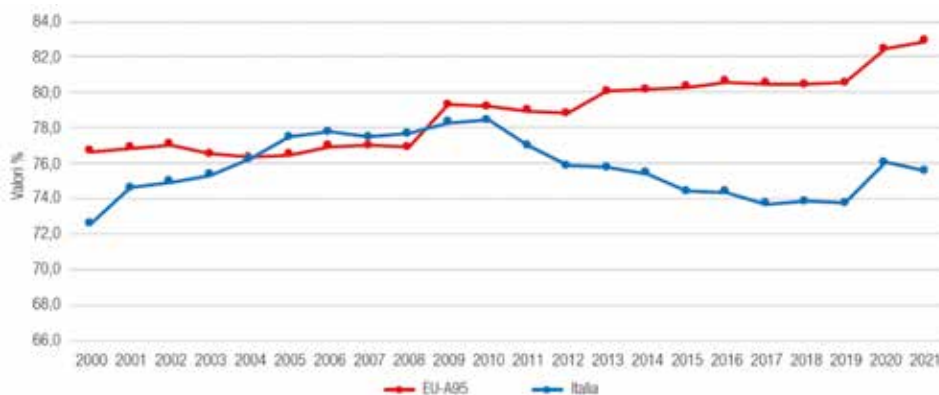
quale non tiene conto della diversa incidenza della spesa privata (in Lombardia arrivata a 828,3 euro pro-capite mentre in Sardegna si ferma a 442,9 euro), allargando le disparità nella misura in cui una parte di essa rappresenta uno sgravio per i conti delle Regioni, e tale "sgravio" incide maggiormente nelle Regioni dove il reddito medio è più alto.

A riprova del permanere di inaccettabili disparità, basti ricordare che le famiglie che registrano un disagio economico (fra impoverimenti e rinunce al consumo) per cause sanitarie sono 1,3 mln., e sono in crescita (di 0,6 punti percentuali rispetto al 2019). La figura 3 nella pagina seguente, evidenzia come le disparità regionali rimangano la "cifra" caratterizzante del Ssn e il principale fallimento dei suoi primi 40 anni di storia.

In definitiva, i livelli di finanziamento (pubblico) del Ssn hanno portato la spesa sanitaria italiana ad accumulare un gap che è quasi il doppio del gap del Pil (-23,3%).

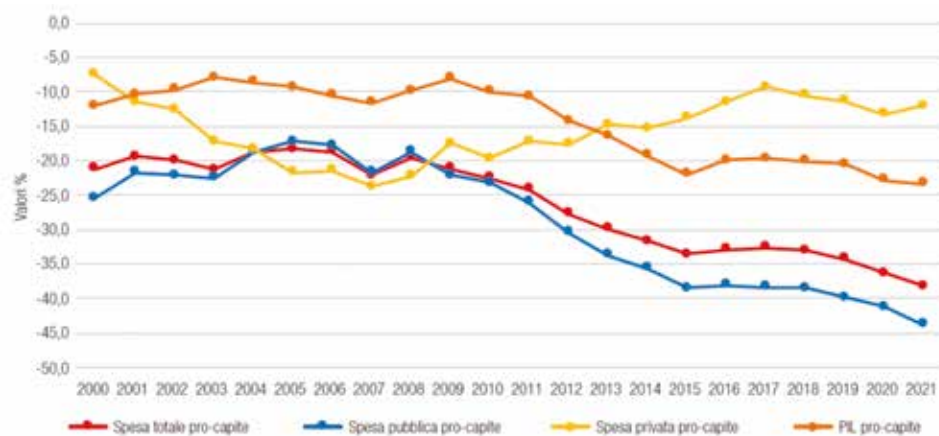
D'altra parte, **porsi come obiettivo il raggiungimento di una incidenza della spesa sanitaria sul Pil pari a quella media dei Paesi Ue di riferimento, implica il reperimento di oltre 50 mld. di euro**, pur

## 1 Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

## 2 Gap della spesa sanitaria corrente e del PIL. Italia vs EU-Ante 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

accettando (dato il minore Pil italiano) il permanere di un gap in termini nominali di oltre il 20% (che sarebbe del 30% rispetto a Paesi come la Germania).

La somma citata per il riequilibrio appare, evidentemente, sproporzionata rispetto alle possibilità del Paese, pur non considerando che neppure basterebbe: infatti, andrebbe presa in considerazione anche la

dinamica di crescita che, fra il 2000 e il 2021, in Italia è stata del 2,8% medio annuo, e malgrado sia una percentuale maggiore di quella registrata per la crescita del Pil nazionale, rimane del 50% inferiore alla crescita media della spesa sanitaria nei Paesi Eu di riferimento (4,2% medio annuo).

In definitiva, un riallineamento del finanziamento



# # COVER STORY

**Cresce la spesa sanitaria privata: quella media arriva a oltre 1.700 euro a famiglia.**

Tanto che il 5,2% dei nuclei familiari versa in disagio economico per le spese sanitarie; 378.627 nuclei (l'1,5%) si impoveriscono per le spese sanitarie e 610.048 (il 2,3%) sostengono spese sanitarie cosiddette "catastrofiche". Nel 2021 il finanziamento pubblico si ferma al 75,6% della spesa contro una media EU dell'82,9% e la spesa privata incide per il 2,3% sul Pil contro una media EU del 2% (pari, appunto, a oltre 1.700 euro a nucleo familiare) "scaricando" sulle famiglie, ad esempio, oltre un miliardo di spesa per farmaci. È quanto rileva il 18/mo Rapporto Sanità del Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (Crea) dell'Università di Roma Tor Vergata

del Ssn alle medie Ue, nelle condizioni attuali, sembra una chimera, come confermato dagli ultimi documenti di finanza pubblica, dove (a parte qualche intervento spot di rifinanziamento per contrastare la pandemia o il "caro energia") si prevede un ritorno sui trend di crescita pre-pandemici che, come descritto, sono significativamente inferiori alle medie Ue.

**Allo stesso tempo un "ri-finanziamento" non appare ulteriormente procrastinabile:** intanto per ragioni equitative; si consideri che permanendo le condizioni attuali di servizio del Ssn, aumenta il rischio che una parte della popolazione spinga per fuoriuscire dal sistema pubblico. Appare,

altresì, degno di riflessione che, durante la pandemia, solo le famiglie appartenenti al 20% più abbiente abbiano potuto contrastare le difficoltà di accesso ai servizi del Ssn aumentando la spesa sostenuta privatamente.

**Sempre da un punto di vista equitativo, non è più accettabile che nei criteri di riparto si continui ad ignorare la variabile "spesa privata", la cui variabilità regionale è in crescita, nascondendosi dietro l'ipocrisia di considerarla tutta come una spesa inappropriata, e quindi esclusa dai Lea.** Si tratterebbe, peraltro, di una "riforma" senza oneri per la finanza pubblica.

Sul tema, più in generale, del livello complessivo

del finanziamento, la vera novità in termini di mantenimento/salvaguardia del Ssn, ci sembra essere che, mentre si assiste ad una progressiva, sebbene lenta e in ritardo, presa di coscienza sull'insufficienza degli organici, si assiste in parallelo (e per la prima volta) ad una fuga dei professionisti dalle strutture pubbliche, oltre che ad una sempre più grave carenza di vocazioni sia fra i medici che fra gli infermieri.

**Questa "fuga" è sintomo di un forte rischio di involuzione del sistema:** l'Italia dovrebbe investire 30,5 mld. di euro se volesse allinearsi agli organici di professionisti sanitari dei Paesi Ue di riferimento, e 86,5 mld di euro se si volessero adeguare, cosa peraltro imprescindibile, anche le retribuzioni alla media Ue.

In altri termini, la ragione essenziale per rifinanziare il Ssn è poter riallineare i nostri organici: in tal caso, la spesa sanitaria si riallineerebbe automaticamente a quella degli altri Paesi Ue. **4**

Ma come poterlo fare, date le cifre enunciate, rimane materia aperta di dibattito. **Ci sono nella finanza pubblica italiana voci di spesa contraibili, al fine di liberare risorse per rifinanziare la Sanità?** Non sembra che sia facile individuarne; in ogni caso, altri

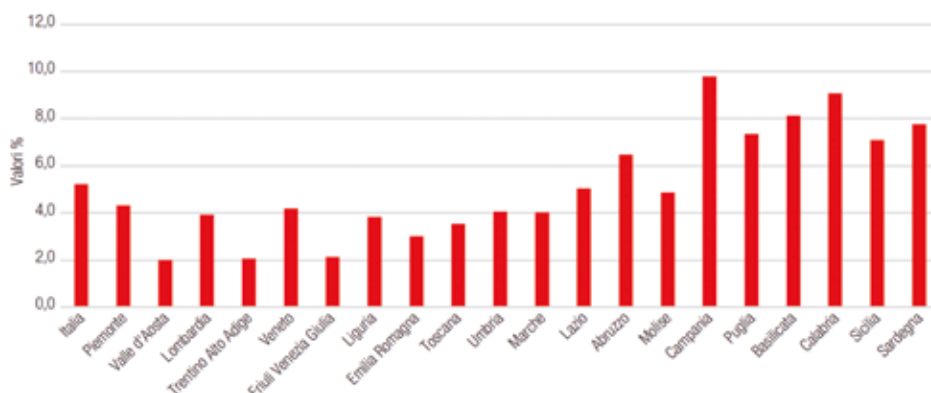


**“ LE FAMIGLIE CHE REGISTRANO UN DISAGIO ECONOMICO PER CAUSE SANITARIE SONO 1,3 MLN, E SONO IN CRESCITA ”**

settori meritori, in primis l'Istruzione, sono in "fila" per vedere aumentato il proprio finanziamento. È possibile aumentare l'efficienza del sistema tanto da "rendere" il nostro 40% di spesa paragonabile a quello degli altri Paesi? In altri termini è possibile raggiungere una efficienza tale da compensare la minor spesa e, quindi, spendere meno senza penalizzare quantità e qualità dei servizi? Il gap attuale è tale da rendere improbabile che possa essere recuperato solo con ulteriori recuperi di efficienza. Certamente qualcosa si può realizzare: richiede, però, una vision sulle prospettive di evoluzione del sistema di erogazione dei servizi. Ad esempio, quali sono i veri vantaggi che si possono generare con una "riforma in digitale" della organizzazione del Ssn? Purtroppo, per ora, si assiste all'introduzione, anche abbastanza disordinata, di alcune opportunità generate dalla rivoluzione digitale, senza un chiaro disegno di come queste possano generare valore (in generale) ed efficienza (nello specifico).

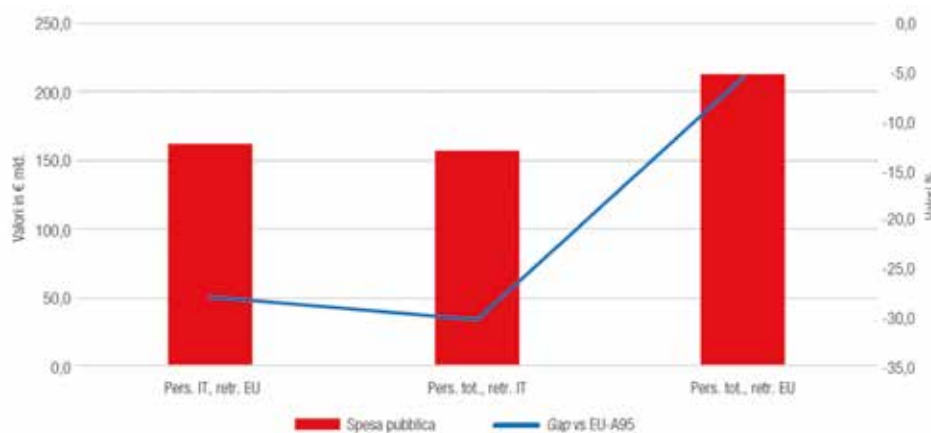
**In definitiva, la soluzione al problema del rifinanziamento del Ssn è da trovarsi fuori dallo stretto ambito della Sanità.** Per potersi permettere un welfare adeguato alle

### 3 Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie Anno 2020



Fonte: elaborazione su dati ISTAT 2022 - © C.R.E.A. Sanità

### 4 Simulazioni spesa con adeguamento personale



Fonte: elaborazione su dati ISTAT 2022 - © C.R.E.A. Sanità

aspettative della popolazione è necessario che le risorse del Paese crescano (almeno) quanto quelle degli altri Paesi a cui ci riferiamo: solo in questo caso un finanziamento che incida sul Pil come quello degli altri Paesi potrebbe rappresentare una reale (e praticabile) soluzione.

**A questo fine due strade**

**vanno percorse:** la prima è quella dell'emersione dell'economia sommersa; un Paese in cui gli oneri del welfare sono sostenuti dalle imposte pagate da una quota del tutto minoritaria della popolazione è chiaramente insostenibile (ed iniquo). La seconda è di definire una politica industriale fi-

nalmente capace di far crescere il Paese. E qui si apre la questione, che per ora rimane del tutto negletta nel dibattito sulle politiche sanitarie, di quale e quanto possa essere l'eventuale contributo della "filiera sanitaria" alla crescita del Paese e di quali politiche possano incentivarne la crescita.

# Le ragioni ETICHE di un Ssn

Negli ultimi tempi il dibattito sulle criticità e le possibili riforme della L.833 è stato prevalentemente caratterizzato dalle prospettive di carattere giuridico e sociopolitico. **Poco si è detto sulle ragioni etiche e sul perché dovrebbe essere mantenuta una tale legge**

di SALVINO LEONE

L'istituzione di un Ssn non nasce come un fungo né è frutto della, sia pur lucida, intuizione di politici illuminati. Si pone, infatti, come traguardo finale di un lungo iter storico che trova, fin dalla più remota antichità, il suo significato. Questa diventa, poi, uno dei pilastri dell'assistenza cristiana ai malati non solo come espressione creati-

va della carità ma come esplicito adempimento di un più ampio comando di Cristo (Mt 10, 8).

Nel Medioevo la dimensione assistenziale inizia a strutturarsi ulteriormente con la nascita delle Congregazioni, delle Confraternite e, successivamente, delle Corporazioni. L'innovazione di tale forme strutturate di assistenza consiste nel fatto che non

è rivolta al bisogno immediato di un malato ma a una più globale "copertura" assistenziale. Siamo agli albori delle prime forme di "mutualità".

La situazione cambia agli inizi del XIX secolo. Una delle più avanzate conquiste di uno Stato moderno è l'aver avvocato a sé l'assistenza sanitaria. Consapevole della sua essenziale funzione tutoriale del bene pubblico l'ordinamento dello Stato inizia a percepire come prioritario tale impegno. Pur mantenendo una valenza etica di fondo, la trasformazione dell'assistenza sanitaria in vero e proprio "lavoro" comporta ovviamente una serie di

importanti ma inevitabili mutamenti: giusto salario, possibili rivendicazioni sindacali, dipendenza dalle politiche sanitarie, ecc. La salvaguardia dello spirito etico insito in un'assistenza accessibile a tutti viene, però, mantenuta col sistema mutualistico nato alla fine dell'Ottocento. Si trattava, in sostanza, di un "mutuo" intervento nato dalle società operaie per venire incontro ai bisogni sanitari delle persone meno abbienti: da un lato si dava, dall'altro si riceveva. Le "casce mutue" col tempo iniziarono a differenziarsi per categorie di lavoratori e di esse usufruiva tutta la famiglia del lavoratore.

Finalmente, dopo la Legge Mariotti del 1968, si arriva all'epilogo di questo percorso con la legge di Riforma sanitaria n.833 che dovrebbe incarnare il germe di secoli di eticità faticosamente conquistati. La domanda da porsi allora è: ha ancora senso una legge per un Servizio Sanitario nazionale? Quali sono le sue ragioni etiche?

### **I PRESUPPOSTI ETICI COSTITUZIONALI**

L'istituzione di un Ssn costituisce la concreta attuazione normativa dell'art. 32 della nostra Costituzione che, nella sua formulazione, pre-

vede cinque valori fondamentali:

**1 Diritto fondamentale dell'individuo.** Il dettato costituzionale, con molta correttezza, parla di diritti "fondamentali" non "assoluti" perché come sappiamo, anche la vita, (diritto fondamentale ma non assoluto) è lecito rischiarla, perderla per il bene altrui, difenderla se aggredita, ecc. Inoltre è la "tutela" della salute e non la salute stessa a essere oggetto di diritto perché eticamente nessuno ha "diritto" di non ammalarsi ma di essere messo nelle condizioni di non farlo o di essere adeguatamente curato qualora si ammal.

**2 Interesse della collettività.** La salute è "interesse" della comunità. Certamente non può essere "diritto" perché solo la persona ne è titolare ma interesse della collettività, è strettamente correlato al primo. In questo senso la valenza etica di un Ssn avrebbe potuto avere un interessante valore pedagogico che, forse, non è stato colto né attualizzato.

**3 Universalismo assistenziale.** Concetto difficile oggi da "digerire" in un contesto sociale fortemente

penalizzato sul piano economico per di più aggravato da notevoli flussi migratori. Perché dovrei pagare con le mie tasse a tutti l'assistenza sanitaria, se non altro quella di base? Il concetto di "cura gratuita agli indigenti" supera di gran lunga quel sistema mutualistico che sembrava la punta più avanzata di un'apertura assistenziale per tutti.

**4 Libertà.** Ovviamente l'opportunità di offrire un'assistenza universale destinata a tutti non esclude che il paziente possa rifiutarla soprattutto per motivi ideologici o religiosi. In questo rispetto, tuttavia, occorre bilanciare eticamente la sua tutela con le motivazioni che ne sono all'origine. Spesso infatti, come nel caso dei Novax, molte prese di posizione non sono frutto di libera, cosciente e informata libertà ma di ignoranza di un dato scientifico. L'etica di un Ssn destinato anche a informare e formare i cittadini ha di mira anche questo obiettivo.

**5 Rispetto della persona.** In fondo è la sintesi di quanto finora detto, anzi potremmo dire che sia la sintesi di tutta l'etica del Ssn. Tutto quanto in esso

contenuto si pone nella prospettiva del rispetto della persona che è il cardine e il valore fondamentale di ogni attività assistenziale.

### **IL SSN E IL CONCETTO DI GIUSTIZIA**

Per ben comprendere la necessità di un Servizio Sanitario Nazionale, sia pure oggi parcellizzato nelle sue modalità espressive, è essenziale rifarci al concetto di giustizia nelle sue varie forme.

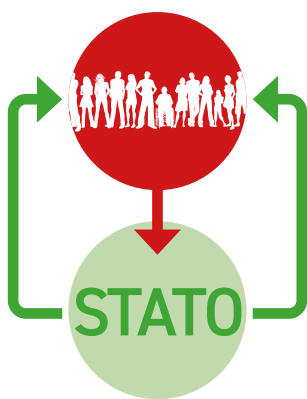
**A La giustizia come virtù morale.** Secondo la classica ripartizione dell'Etica aristotelica, poi rivisitata da S. Tommaso d'Aquino, la giustizia costituisce una delle quattro virtù "cardinali" e può essere definita come la "capacità di dare a ciascuno il suo" (unicuique suum). Si è soliti dividerla in tre distinte tipologie (anche se vi sono altre suddivisioni proposte):

**La giustizia legale** (a volte definita "sociale") per cui i membri di un corpo sociale sono tenuti a dare alla collettività ciò che



**“È LA “TUTELA” DELLA SALUTE E NON LA SALUTE STESSA A ESSERE OGGETTO DI DIRITTO”**

## Giustizia sociale



I membri di un corpo sociale sono tenuti a dare alla collettività ciò che le è dovuto in ordine al bene comune. La vera "giustizia sociale" si compie solo quando si realizza il vero bene di tutti i cittadini come si prefigge un Ssn

le è dovuto in ordine al bene comune. E poiché i cittadini sono inseriti in varie realtà comunitarie (inclusa quella sovra-comunitaria che è lo Stato) la vera "giustizia sociale" si compie solo quando si realizza il vero bene di tutti i cittadini come si prefigge un Ssn.

**Poi vi è una giustizia distributiva** che, in qualche modo, costituisce il movimento opposto rispetto al precedente. Induce, infatti, a distribuire i beni in rapporto alle esigenze di ognuno. Si pone cioè come giusto mezzo equidistante da ogni favoritismo o falso egualitarismo. In questa prospettiva è fondamentale la distinzione tra uguaglianza, giustizia ed equità che spesso tende ad essere fraintesa o sovrapposta.

**Infine la giustizia commutativa** che è quella per cui a ognuno viene dato non in rapporto alle sue specifiche esigenze ma in virtù di particolari elementi per cui egli ha "meritato" quel determinato atto (non solo in termini positivi come un trattamento onorifico ma anche negativi come un procedimento penale). In ordine al tema che stiamo trattando, tuttavia, la giustizia commutativa riguarda ciò che è dovuto all'altro in rapporto alle specificità esistenziali che

## UNA DELLE PIÙ AVANZATE CONQUISTE DI UNO STATO MODERNO È L' AVER AVOCATO A SÉ L' ASSISTENZA SANITARIA

incarna: l'essere persona, l'essere persona malata e l'essere non solo persona ma anche cittadino malato.

**B La giustizia come principio bioetico.** Nel primo paradigma bioetico risalente agli anni '70 Childress e Beauchamp proposero quattro principi fondamentali di riferimento: autonomia, beneficenza (beneficence), non maleficenza, giustizia. Tra tutti, il principio di giustizia è forse quello più difficile da declinare nelle sue varie componenti.

Il primo e principale problema che il principio di giustizia si trova a dovere applicare in ambito sanitario riguarda una distinzione che si pone oggi tra quella che siamo ormai soliti chiamare "micro" e "microallocazione" delle risorse.

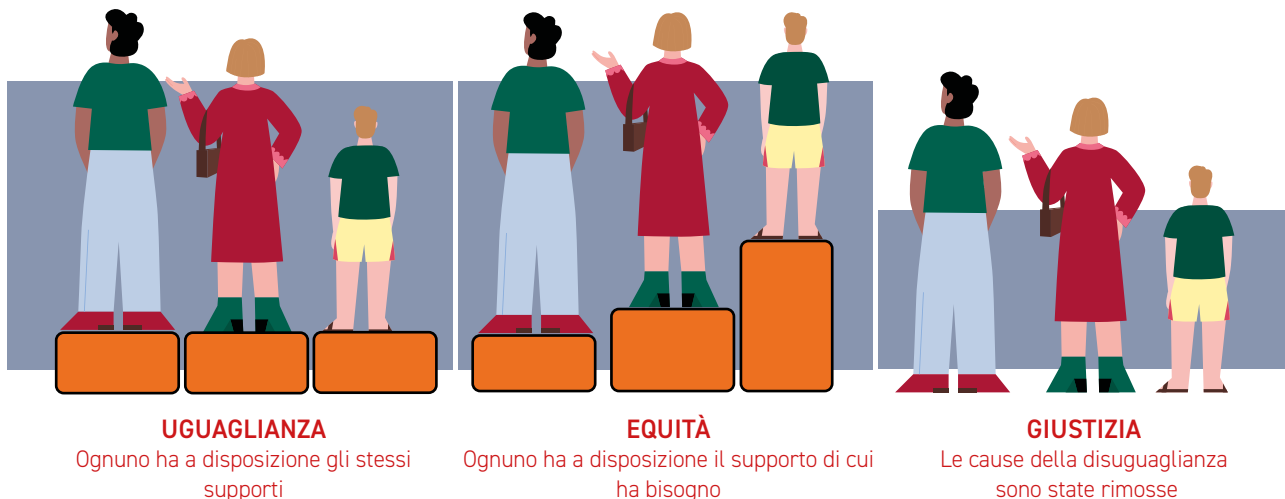
**Macroallocazione.** È costituita dalla quota parte del bilancio statale che viene assegnata alla sanità. Purtroppo dobbiamo ammettere che si tratta di uno dei settori più penalizzati nella assegnazione dei fondi destinati dal nostro Stato alla Sanità e uno dei meno attenzionati nelle diverse proposte di programmazione economico-finanziaria.

Naturalmente l'importanza da attribuire a tale macroallocazione è massima in un Sistema Sanitario Nazionale. La quota assegnata alla sanità, infatti, è diretta espressione della volontà di privilegiare, da parte dello Stato, alcune sue specifiche prerogative.

**Microallocazione.** Una volta assegnata una quota del bilancio statale alla sanità questa viene ripartita tra le varie strutture sanitarie spesso con notevoli problemi nella distribuzione delle risorse. Ciò è più evidente per quelle particolarmente "preziose" (come le unità di sangue, un postodialisi o un organo da trapiantare). Quali dovranno essere i criteri distributivi? Sono state proposte varie soluzioni che non possiamo analizzare in questa sede: dall'assegnazione casuale, all'utilità esistenziale della persona, dalla semplice priorità di accesso, alla proporzione tra costi e benefici.

Sta di fatto, comunque, che in un sistema pubblico con un Ssn diminuisce il rischio di scegliere solo sulla base di criteri utilitaristici ma si tenderà a privilegiare la ricerca del bene comune.

## Giustizia distributiva



Questo tipo di giustizia, distribuisce i beni in rapporto alle esigenze di ognuno, rappresentando il giusto mezzo equidistante da ogni favoritismo. Fondamentale la distinzione tra uguaglianza, giustizia ed equità che spesso tende ad essere fraintesa o sovrapposta

**C La giustizia come criterio erogativo.** Alla luce di quanto detto rimane da valutare, sia pure brevemente, come la giustizia possa costituire il criterio erogativo e discriminante delle prestazioni sanitarie. Tutte le considerazioni sopra esposte, infatti, si incentrano sulla disponibilità di risorse e sulla sostenibilità di un Ssn. In tal senso, come in altri ambiti di relazionalità economico-sociale, valgono i due grandi principi di solidarietà e sussidiarietà.

**Solidarietà.** Si tratta di un concetto comparso di recente nell'ambito della riflessione etica. Fino a tempi recenti questo era sostituito dall'elemosina, dalla beneficenza, dalla carità ecc. Consiste nel rispondere "in solido" di fronte all'esigenza di terzi. Non tanto il singolo che, mosso da "buoni sentimenti" verso un'altra persona o sollecitato dall'altrui bisogno interviene per esaudire il suo bisogno ma una comunità o uno Stato che si fa carico del suo bisogno e fornisce le più adeguate risposte.

**Sussidiarietà.** Per certi versi è corrispettivo rispetto all'altro. Se, infatti la solidarietà supplisce to-

talmente all'impossibilità dell'altro di appagare con le sue sole risorse quanto necessita al suo benessere, la sussidiarietà (come dice il termine) fornisce un sussidio, un aiuto perché l'altro possa arrivare dove non riesce a farlo da solo. Se può farlo, bene. In caso contrario ci saranno altri (nel nostro caso l'assistenza statale) a intervenire, almeno in parte, in suo favore. Ecco allora che l'erogazione delle risorse sanitarie oscilla tra questi due principi, quasi alternando su di essi e con essi. Potrebbe il privato o, quantomeno, solo il privato garantire tutto questo?

## Giustizia commutativa

Il bisogno di salute



La giustizia commutativa riguarda ciò che è dovuto all'altro in rapporto alle specificità esistenziali che incarna

“ LA GIUSTIZIA COSTITUISCE UNA DELLE QUATTRO VIRTÙ “CARDINALI” E PUÒ ESSERE DEFINITA COME LA CAPACITÀ DI DARE A CIASCUNO IL SUO ”

#COVER  
STORY



# Il valore della presa in carico

Con l'entrata in vigore del Dm 77 e i finanziamenti previsti dal Pnrr, si apre per il nostro Paese l'opportunità di realizzare un'effettiva trasformazione dell'Assistenza Primaria, secondo principi e modalità rappresentati con successo a livello internazionale

di GIANFRANCO DAMIANI

**F**inora, in Italia, ha prevalso un'interpretazione selettiva e non sistemica dell'approccio di Primary Health Care. Gli interventi a livello territoriale si sono concentrati, infatti, selettivamente su azioni prestazionali puntiformi, seguendo prevalentemente il principio del

primo contatto o di contatti multipli legati a domande espresse dai pazienti, ben al di fuori di una effettiva garanzia di tutela che, per situazioni di lunga durata, dovrebbe tradursi, invece, in sistemica anticipazione del bisogno, accesso e continuità delle cure. Tutto ciò gravato da un progressivo e insostenibile carico burocratico che ha inciso negativamente sul tempo

dedicato alle attività clinico-assistenziali e sul rapporto lavoro/tempo libero degli operatori sanitari. L'Assistenza Primaria deve configurarsi, oggi, come un sistema complesso di offerta di salute a destinatario individuale e comunitario, caratterizzato da relazioni evolutive tra assistito, stakeholder comunitari e i diversi attori coinvolti nei vari setting assistenziali. **Essa è volta non solo al primo contatto per il trattamento dell'acuzie non complessa,**

ma è indirizzata, soprattutto, alla presa in carico di condizioni croniche di salute (esposizione a fattori di rischio, malattie croniche, condizioni di fragilità e di non autosufficienza), attraverso un approccio che preveda attenzione durante tutte le fasi della vita. Tale interpretazione di Assistenza Primaria necessita del superamento della sola pratica e dei tradizionali sistemi di referral delle Cure Primarie e, nel rispetto delle autonomie professionali, richiede l'attuazione di una medicina in équipe caratterizzata da forti interdipendenze tra professionisti, assistiti, caregiver, organizzazioni sanitarie e non, per la realizzazione di programmi di comunità e progetti di salute individuali. La sostenibilità del sistema sanitario è strettamente legata, infatti, alla capacità di:

- 1 valutare i bisogni di salute anticipatamente**, prima della emersione di domande caotiche e non governate;
- 2 costruire l'équipe multiprofessionale e multidisciplinare** a geometria variabile, prevedendo anche interventi professionali asincroni e a partenza da luoghi diversi, intorno ai suddetti bisogni;
- 3 produrre programmi di comunità** e progetti di salute individuali (piani di assistenza individuali);



**4 monitorare il soddisfacimento dei bisogni** attraverso una metrica opportuna;  
**5 attivare azioni correttive**, in caso di variazioni di stato o mancata risposta al programma/piano.

Questo processo iterativo svolto da équipe viene rivolto in maniera sistemica a popolazioni e individui. In particolar modo, le popolazioni vengono intercettate da tracce informative variamente raccolte – record linkage di dati amministrativi correnti, screening di opportunità, etc. – che ne consentono la stratificazione dei bisogni. Conseguentemente, vengono realizzati interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria di comprovata efficacia, azioni di sorveglianza attiva e di miglioramento, con partecipazione comunitaria attiva. Per quanto concerne le singole persone, i progetti di salute individuali sono rivolti a soggetti apparentemente sani o pazienti in condizioni croniche stabili o in fase di assistenza intermedia, con l'obiettivo di realizzare da parte dell'équipe un'assistenza di prossimità (dove gli individui risiedono, lavorano o svolgono altre attività di vita quotidiana), volta a evitare (ri)acutizzazioni, complicanze e acces-

si impropri verso setting di trattamento dell'acuzie complessa e ricorso frammentario e a volumi ingenti di prestazioni presso Mmg, Pls e specialisti ambulatoriali. Quanto esposto rappresenta la reale manifestazione della presa in carico (intesa come garanzia di accesso e continuità dell'assistenza), commisurata a bisogni predefiniti da trattare con azioni interdipendenti dei vari attori necessari (dipartimento di prevenzione, distretto, medicina del territorio, professioni sanitarie, assistiti, caregiver, impresa, scuole e altre risorse laiche, nonché collegamenti organizzativi con l'ospedale), in base alla condizione clinico-assistenziale e all'intensità di cura richiesta.

Un'Assistenza Primaria così configurata richiede, quindi, **un modello organizzativo non più frammentato e caratterizzato da rigidi confini culturali, settoriali, disciplinari, professionali, contrattuali, spaziali e temporali, ma**

**ricomposto (integrato e/o coordinato) nella visione unitaria precedentemente esposta con il supporto di tecnologie innovative e attori formati.** Per la funzionalità di questo modello organizzativo, la leva formativa inerente alle logiche e agli strumenti per lo sviluppo di una collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare va presidiata sia a livello un-

L'innovazione tecnologica deve riguardare, soprattutto, il settore delle Ict, tanto per l'implementazione della telemedicina e lo sviluppo di nuove terapie digitali, quanto per il potenziamento dell'interoperabilità di dati sanitari, sociali e ambientali ai fini di un collegamento unitario delle varie azioni nei programmi e nei piani (ad esempio, l'health record).

dergraduate (introduzione di tali temi nei corsi integrati obbligatori, nell'attività didattica elettiva e negli spazi di tirocinio professionale) che post graduate (corsi di specializzazione, master, corsi di alta formazione, corsi di formazione per direttori generali, amministrativi sanitari e direttori di struttura complessa, corsi Ecm aperti a più professionalità). Deve essere, quindi, orientata alle competenze manageriali, al problem solving, all'utilizzo di tecnologie digitali, alla comunicazione, all'identificazione e condivisione di valori, obiettivi e ruoli e, infine, allo sviluppo di una

leadership che abbandoni i modelli lineari, accetti l'imprevedibilità come elemento costitutivo, incentivi la creatività e la proattività, rispondendo in modo flessibile alle opportunità emergenti.

In tale contesto trasformativo, **la Casa della Comunità (CdC) può rappresentare non solo un'opportunità logistica per migliorare l'accessibilità ai servizi di primo contatto, ma può configurarsi come cabina di regia della presa in carico comunitaria e individuale sopradescritta, anche per bisogni ad elevata integrazione socio-sanitaria. Non solo un edificio, ma un sottosistema aperto dell'assistenza territoriale integrata.**

In questa prospettiva di Assistenza Primaria orientata ad affrontare i bisogni di una comunità geopoliticamente definita, con la realizzazione di interventi di primo contatto e presa in carico, si ricompongono in una visione unitaria le potenzialità di engagement di assistiti, caregiver e comunità, l'offerta interdipendente di erogatori di natura pubblica, privata (profit e non profit) e convenzionata, il coordinamento istituzionale del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione, resi responsabili delle risorse assegnate in una prospettiva value-based.

**“ HA PREVALSO UN'INTERPRETAZIONE SELETTIVA E NON SISTEMICA DELL'APPROCCIO DI PRIMARY HEALTH CARE ”**



# COVER  
STORY

# Problemi di contenuto più che di forma

**Preoccupante appare l'approccio culturale e la separazione che esiste fra il mondo ospedaliero e il mondo territoriale, molte volte anche in modo contrapposto, conflittuale. Un nuovo equilibrio per nuove esigenze**

di FULVIO MOIRANO

**D**a più parti si segnala la necessità di rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale e ci si concentra soprattutto sul finanziamento insufficiente del fondo sanitario, sulla carenza del personale, sulla carenza di posti letto, sulla debolezza del territorio rispetto agli ospedali. Se vogliamo passare in rassegna i temi sopraesposti occorre segnalare senz'altro che **il finanziamento del servizio sanitario na-**

**zionale ha subito negli anni un importante flessione rispetto al Pil** (al di là delle "iniezioni" finanziarie per il Covid-19); peraltro è difficile fare confronti con i paesi europei simili a noi quali la Francia, la Germania che non hanno il nostro debito pubblico, che genera spesa per interessi elevatissima. Infatti l'Italia ha come prima spesa pubblica quella pensionistica, come seconda la Sanità come terza appunto la spesa per interessi, che con l'inflazione è cresciuta

ulteriormente ed è quindi molto stretta la possibilità di prevedere una crescita importante del finanziamento pubblico per la Sanità nei prossimi anni.

**Per quanto concerne la carenza di personale è vero che vi sono situazioni di carenza in particolare per il personale infermieristico e per alcune specialità mediche** (lo scorso anno si sono laureati più medici che infermieri) soprattutto mantenendo gli attuali assetti organizzativi.

**Sulla supposta carenza di posti letto per acuti mi preme sottolineare con forza**

**che ciò non è vero;** infatti nel 2019 in Italia sono stati necessari circa 2,5 posti letto per 1000 abitanti anziché il 3 per mille e anche l'offerta di posti letto realmente utilizzata per la postacuzie era inferiore in quasi tutte le regioni allo 0,7 per 1000 abitanti. Era peraltro vero che l'utilizzo di posti letto nell'area medica fosse molto vicina al 90% mentre quella per le discipline chirurgiche si aggirava sul 60%. La revisione del Dm 70 non può che passare da una presa d'atto della ridondanza di offerta di posti letto nelle discipline chirurgiche che spesso la politica nazionale e regionale ha difficoltà a riconvertire. Inoltre anche il più elevato utilizzo dei posti letto in area medica è spesso un indicatore della bassa funzionalità del territorio.

A questo proposito nell'organizzazione della sanità territoriale è necessario un importante cambio di passo, perché fino a oggi (ma temo anche domani nonostante le dichiarazioni politiche e tecniche sulla necessità di valorizzare il territorio) ci siamo occupati molto più di quella che era l'attività ospedaliera a livello nazionale e regionale, molto meno di quello che

**“ATTENZIONE A NON MANTENERE IN PIEDI LE INEFFICIENZE DI SISTEMA DEL SETTORE OSPEDALIERO”**

era tutta la politica extra ospedaliera compresa la prevenzione. Il Dm 77 e il Pnrr, possono favorire una radicale riorganizzazione, perché prevedono investimenti che consentono di apportare un cambiamento sugli assetti consolidati. Se però non andiamo a ristrutturare ciò che c'è a monte del territorio, per esempio gli ospedali per acuti non necessari, evidentemente fra quattro o cinque anni, quando il denaro del finanziamento europeo e italiano sarà cessato, non avremo la possibilità di mantenere un investimento sul territorio così importante. Esistono, inoltre, ancora troppi ospedali a bassi volumi di attività e a bassa capacità di determinare esiti soddisfacenti; allora anche un ripensamento dell'attività ospedaliera a mio parere sarà necessario. Quindi una grande opportunità per investire sul territorio attraverso tutte quelle attività che sono descritte nel Dm 77, a cominciare dalle strutture di prossimità, ma attenzione a non mantenere in piedi le inefficienze di sistema nella parte ospedaliera.

Quando si parla di struttura di prossimità si parla di case della comunità, che prima si chiamavano case della salute; ma non possiamo fare dei cambi solo nominalistici. Interesserebbe molto sapere se in queste case, in

queste strutture di prossimità avremo un contenuto effettivo di prestazioni, di coordinamento di attività, di condivisione di obiettivi e di cooperazione tra territorio e ospedale perché questi sono i temi principali e anche le maggiori criticità che oggi abbiamo e che non ci permettono di parlare di una vera medicina di territorio. Quindi coesistono dei problemi di contenuto più che di forma, e non è tanto da discutere sul contenitore edilizio o formale, quanto piuttosto sul contenuto sostanziale che c'è dentro queste riforme e queste strutture, ed in primis sugli aspetti contrattuali del personale convenzionato operante sul territorio che devono essere profondamente rivisti.

In conclusione, quindi prima di parlare di nuovi modelli assicurativi in contrapposizione al servizio pubblico, occorre mettere mano all'assetto organizzativo per riconvertire la spesa e trovare le risorse

per riempire di contenuti le strutture edilizie ed informatiche che il Dm 77 e il Pnrr prevedono. Ma quello che ancora appare più preoccupante dal mio punto di vista è l'approccio culturale e la separazione che esiste fra il mondo ospedaliero e il mondo territoriale, molte volte anche in modo contrapposto, in maniera conflittuale. Questa necessità culturale di condivisione tra i vari operatori – siano essi amministratori, amministrativi, medici o operatori sanitari – degli ospedali e del territorio, andrebbe stimolata; e naturalmente non si può riformare esclusivamente per aspetti normativi e giuridici, ma si deve attivare un processo un po' più complicato, approcciato anche dal punto di vista del cambiamento di percezione, di cultura e di volontà di adeguarsi ai veri bisogni della popolazione per garantire il sistema universalistico efficientando l'organizzazione e combattendo le rendite di posizione.

## SECONDO IL RAPPORTO CIVICO SULLA SALUTE 2023 I CITTADINI ITALIANI DENUNCIANO CARENZE IN TUTTI E TRE GLI AMBITI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

- ospedaliera **15,8%**
- territoriale **14,8**
- l'area della prevenzione **15,2%**
- la sicurezza delle cure **8,5%**
- accesso alle informazioni e documentazioni **4,5%**,
- assistenza previdenziale 2,8%  
umanizzazione e relazione con operatori sanitari **2,6%**
- spesa privata e ticket elevati **1,7%**
- assistenza protesica e integrativa **1,4%**
- A crescere rispetto al 2021, sono soprattutto le problematiche che riguardano l'accesso alle prestazioni **+5,8%**
- e quelle legate all'assistenza in ospedale **+4,4%**

Fonte: Cittadinanzattiva

Grazie ad una collaborazione tra Cittadinanzattiva e Fondazione Openpolis, è stato avviato un monitoraggio sul tema dell'assistenza territoriale a partire dalla mappatura degli interventi previsti dal Pnrr. Il lavoro si è basato sulla raccolta dei dati singoli interventi previsti dai contratti istituzionali di sviluppo stipulati dal Ministero della salute e dalle singole Regioni. Questi sono stati successivamente georeferenziati e arricchiti con ulteriori informazioni estratte da siti istituzionali e documenti pubblici. La fotografia è contenuta in un report pubblicato da Openpolis e da Cittadinanzattiva "Il Pnrr e la sanità territoriale". I dati disponibili sulle Case e gli Ospedali di Comunità ci permettono di verificare che, come previsto dal Pnrr, la programmazione e la collocazione delle strutture ha rispettato gli standard previsti dalla riforma del Dm 77/22, ma dai dati è altrettanto chiaro che ci saranno molti territori che rimarranno senza questo servizio. Il modello previsto dalla riforma del Dm 77/22 non riesce a tenere conto delle differenze territoriali.

# Suggerimenti per il cambiamento



**Gli assetti istituzionali, intesi come le “regole del gioco”, rappresentano una condizione imprescindibile per l'introduzione di innovazioni tecnologiche e gestionali. Suggerimenti per l'evoluzione del Ssn**

di MARIO DEL VECCHIO, FRANCESCO LONGO

**C**onosciamo le innovazioni di servizio che servono al Ssn: presa in carico cronica, sviluppo di servizi socio-assistenziali per la Ltc distinti da quelli sanitari, concentrazione delle casistiche e delle tecnologie in pochi poli ospedalieri specializzati, equipe cliniche itineranti e digitalizzazioni dei servizi. Gli assetti istituzionali possono rendere più o

meno probabili ed efficaci queste innovazioni, sono quindi strumentali rispetto ai fini del Ssn. Gli assetti istituzionali, intesi come le “regole del gioco” che definiscono ruoli, responsabilità e finalità dei diversi attori che compongono il settore della salute, stabilendo “chi può fare cosa” e introducendo i meccanismi di coordinamento tra i diversi soggetti istituzionali rappresentano una condi-

zione imprescindibile per l'introduzione di innovazioni tecnologiche e gestionali. A questo proposito proponiamo tre suggestioni di possibili evoluzioni per il Ssn: la ridefinizione dei ruoli di Stato e Regioni in uno scenario di rafforzamento reciproco, la valorizzazione e il pieno sviluppo del modello aziendale, la diversificazione delle forme giuridiche per le aziende.

## STATO-REGIONI

Nel processo di regionalizzazione del Ssn le competenze tra Stato e Regioni sono spesso state allocate in assenza di una coerente prospettiva di sistema, sulla base di dinamiche ed esigenze contingenti, generando talvolta sovrapposizioni di responsabilità o, viceversa, un vuoto nelle funzioni di governo. In troppi casi la definizione di standard di servizio o di metriche per la misurazione e l'apprezzamento (regole di accreditamento, principi contabili, metriche per gli obiettivi delle aziende, format dei servizi territoriali, ecc.) sono stati affidati alla responsabilità delle singole regioni, quando invece dovrebbero rappresentare standard e unità di misura omogenei per l'intero sistema nazionale. In altri casi, invece, il centro è intervenuto definendo in modo rigido e standardizzato alcuni obblighi nell'allocazione e nei mix di risorse (input based control) invece di concentrarsi sulla definizione di output e outcome dei Ssr. In molti casi, poi, sono mancati, e mancano ancora, precisi standard nazionali come avviene nel rapporto medici/infermieri o nel settore della Ltc e delle Rsa in cui si registrano differenziali di dotazioni infrastrutturali per abitanti

anche del 1000% tra nord e sud del paese e in cui non esistono regole nazionali sulle caratteristiche e i livelli attesi dei servizi. Analoghe riflessioni valgono per l'ambito delle tecnologie, dei Sistemi Informativi, della telemedicina, delle modalità di presa in carico della cronicità. **Alla base vi è un eccesso di "dialettica istituzionale", se non contrapposizione, tra Stato e Regioni, alimentata anche da una interpretazione errata di come può e deve essere costruita "l'omogeneità o uniformità programmatica del Ssn".** La definizione di standard programmatici uniformi e convergenti per il Ssn richiede, certamente, una maggiore unitarietà di governo, ma ciò non deve essere necessariamente il risultato di un maggiore accentramento. La spinta verso l'accentramento istituzionale porta con sé un conflitto con le Regioni e conduce inevitabilmente a sovrapposizioni, ridondanze e gap programmatici, come purtroppo registriamo nel Ssn. Una auspicabile maggiore uniformità di governo può essere più efficacemente ottenuta con maggiore concertazione tra Regioni e tra Regioni e

Stato. Il dialogo istituzionale consente, tra l'altro, di valorizzare le esperienze e le competenze più avanzate, creando le condizioni per un processo permanente di bench-learning, dove i sistemi regionali più maturi operano da front runner per l'intero Ssn e non più come attori divergenti.

### **AUTONOMIA DELLE REGIONI**

Una lunga serie di interventi normativi mirati al contenimento della spesa pubblica, ha, di fatto, creato forme di regionalismo differenziato nel Ssn. L'istituzione dei Piani di Rientro (PdR) ha ridotto il livello di autonomia di alcune Regioni, visto che l'ingresso nei PdR ne limitava le prerogative di governo e introduceva meccanismi sanzionatori specifici. Successivamente, a seguito della crisi dei debiti sovrani del 2011, le politiche di razionamento della spesa, attuate attraverso la fissazione di vincoli e tetti sulle singole voci di conto economico, si sono estese a tutte le Regioni, limitandone l'autonomia. L'insieme degli interventi ha, di fatto, generato un regionalismo differenziato che prevede quattro livelli di autonomia:

**1** le Regioni a Statuto Spe-

ciale, che non sono soggette ai vincoli di spesa e non possono entrare nei Piani di Rientro, anche nel caso in cui ne sussistano le condizioni;

**2** le Regioni in autonomia ordinaria, soggette ai vincoli sui singoli valori di spesa;

**3** le Regioni in Piano di Rientro;

**4** le Regioni Commissariate. Tuttavia, tale regionalismo differenziato si è sviluppato attraverso una sommatoria di singoli interventi normativi al di fuori di un framework concettuale e legislativo organico.

### **Proposta**

**A ALLOCAZIONE DELLE PREROGATIVE DI GOVERNO TRA STATO E REGIONI NEL SSN** Stato e Regioni individuano in alcune istituzioni tecniche nazionali (Agenas, Aifa, Iss, ecc.) i luoghi dove, in una prospettiva di concertazione, si raccolgono le evidenze, si costruiscono le agende dei problemi, si suggeriscono gli standard nazionali di servizio, di programmazione e le relative metriche di misurazione degli output e degli outcome, anche al fine di promuovere

*e valutare i percorsi di convergenza nel Ssn. Sulla base dell'istruttoria tecnica garantita dalle agenzie preposte, l'organo istituzionale di concertazione dei quadri programmatori, degli standard e degli obiettivi diventa la conferenza Stato-Regioni, che, come da prassi, definirà i parametri da rispettare anche in funzione delle risorse complessivamente disponibili. I temi più urgenti su cui definire regole e obiettivi omogenei a livello nazionale sono quelli relativi a: le grandi tecnologie, gli hub ospedalieri e le alte specialità, le dotazioni infrastrutturali per abitante e standard di servizio per Rsa, riabilitazione e strutture intermedie (Osco, post e sub acuti, ecc.), le regole di accreditamento, la contabilità e le modalità di definizione degli obiettivi aziendali. Questo esercizio potrebbe rendere progressivamente più nitido l'ambito delle competenze principalmente affidate al livello nazionale (seppur sostenuto da un processo concertativo con le Regioni), più orientato alla definizione di obiettivi sanitari ed epidemiologici, a standard di dotazioni e di servizio e a meccanismi di*

**“ DIFFICILE VALUTARE SE L'AZIENDALIZZAZIONE FUNZIONI NEL SSN, NON AVENDOLA MAI PIENAMENTE REALIZZATA ”**



# # COVER STORY

*misurazione dei medesimi, rispetto a quello delle competenze regionali che deve guardare al governo delle aziende sia in termini di scelte organizzative e gestionali che di allocazione e mix di fattori produttivi, nel rispetto dei budget complessivi.*

## **B AUTONOMIA DELLE REGIONI**

*L'autonomia regionale viene promossa e sostenuta in base al principio di correlazione tra autonomia e responsabilità. Le prerogative di governo regionali sono definite in funzione delle performance finanziarie, sanitarie (di attività e di esito) e delle competenze organizzative accumulate, anche valutando l'omogeneità dei risultati a livello infra-regionale. Vengono così individuati cinque distinti livelli differenziali di autonomia e responsabilizzazione regionale:*

**1 Autonomia piena.** *Le Regioni che raggiungono performance elevate non sono sottoposte a vincoli di sistema del Ssn e devono soltanto rispettare vincoli di spesa complessivi, sono, inoltre, libere di definire gli assetti istituzionali delle*

*proprie aziende sanitarie, assetti che devono comunque rispettare alcuni criteri generali definiti a livello nazionale.*

### **2 Autonomia ordinaria.**

*Le Regioni esercitano le prerogative di governo stabilite nel rispetto dei vincoli esistenti di carattere economico-finanziario e gestionale.*

### **3 Autonomia condizionata.**

*Nei casi in cui sussistono criticità limitate e circoscritte, le Regioni sviluppano interventi di razionalizzazione e riqualificazione mirati, ossia riferiti a specifiche aziende sanitarie, macrolivelli di assistenza o aree territoriali.*

### **4 Piano di rientro.**

*Le Regioni, mantenendo in carica i propri organi politici e dirigenziali del Ssr, concertano con lo Stato piani di ristrutturazione dei servizi e di razionalizzazione della spesa e sono, inoltre, sottoposte a uno stringente processo di monitoraggio e verifica trimestrale, vengono altresì supportate con processi esterni di knowledge transfer e capacity building.*

### **5 Commissariamenti.**

*Nei contesti regionali*

*con criticità gravi e diffuse, sono predisposti commissariamenti organici con la nomina da parte dello Stato di una figura esterna che, affiancato da una struttura commissariale robusta, possa effettivamente esercitare prerogative di governo sull'assessorato e le aziende sanitarie pubbliche, anche attraverso il potere di selezionare e di nominare il management aziendale e regionale. Il commissariamento dovrebbe durare per un periodo programmato di tempo, con l'obiettivo di risalire progressivamente ai precedenti livelli di autonomia.*

## **VALORIZZAZIONE E SVILUPPO DELLE AZIENDE**

L'aziendalizzazione è un processo interrotto e non portato a regime, che rende inefficace il suo razionale istituzionale basato sul concetto di autonomia e responsabilità. Autonomia nella scelta e nell'allocazione dei fattori produttivi, nei modelli organizzativi e di servizio e responsabilità sulla sostenibilità e sul raggiungimento dei risultati di servizio e di salute attesi. Nei fatti nessuna delle due

polarità è stata sviluppata: non esiste autonomia sostanziale per il management e quindi non esiste la responsabilità sui risultati rilevanti, se non quella legata al rispetto degli adempimenti delle procedure sovraordinate (es. rispetto dei tetti di spesa per singoli silos di input). Il mancato sviluppo del binomio autonomia-responsabilità rende l'aziendalizzazione un assetto distinguibile solo dalla presenza di un organo decisionale monocentrico, che però applica nei fatti le stesse logiche amministrative di un ente pubblico, sottoposto a vincoli sovraordinati strettissimi. Risulta addirittura difficile valutare se l'aziendalizzazione funzioni nel Ssn, non avendola mai pienamente realizzata. Ha prevalso la logica di breve periodo, l'orientamento al rispetto dei tetti di spesa e non anche agli outcome, l'effetto annuncio e la dominante cultura amministrativa ha potuto rapidamente re-invadere tutto il campo, raggiungendo il suo apice con la rinascita di organi di controllo esterni sovraordinati, che agiscono addirittura ex ante, come l'Anac (l'opposto dell'aziendalizzazione). Il Ssn è di fronte a un bivio: crediamo ad una gestione prevalentemente di diritto amministrativo (come gli enti locali) o aziendale, come le grandi imprese pub-

“ L'UNIFORMITÀ DI GOVERNO PUÒ ESSERE PIÙ EFFICACE  
CONCENTRANDOSI TRA REGIONI E TRA REGIONI E STATO ”

bliche (Eni, Fs, Leonardo, A2a, Hera, ecc.): **se optiamo per l'aziendalizzazione servono tre scelte nitide:**

- Il management è autonomo nella scelta del mix e nell'allocazione dei fattori produttivi, nel vincolo del rispetto del budget di risorse complessive ed è responsabilizzato sui risultati di servizio e di salute e non sugli adempimenti amministrativi (con compensi adeguati al ruolo e alle responsabilità);
- Gli organi di controllo esterno devono essere di numerosità e di rango inferiore degli organi e degli staff di supporto decisionale del management (meno controllori e più decisori);
- Il management può e deve essere supportato da board di indirizzo che rappresentano gli stakeholder locali, se questi accettano di giocare nel perimetro della sostenibilità possibile, rispondendo in solido economicamente, istituzionalmente e giuridicamente.

### **NUOVE TIPOLOGIE DI AZIENDE PER IL SSN**

Le riforme del Ssn degli anni novanta hanno previsto due tipologie di aziende sanitarie pubbliche: le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere. Tale configurazione istitu-

zionale era coerente con il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. L'Ssn era incentrato sulle aziende sanitarie locali, che assicuravano l'assistenza sanitaria ospedaliera e distrettuale in un determinato territorio. A partire dagli anni duemila, a causa dei numerosi interventi di ingegneria istituzionale realizzati per esigenze di razionalizzazione della spesa o rafforzamento del ruolo di governo delle Regioni, **le aziende sanitarie pubbliche appaiono come un insieme profondamente eterogeneo.** Le aziende erogatrici sono fortemente differenti in termini di numerosità e dimensione, tipologia di assistenza prevalente (territoriale o ospedaliera), livello di produzione diretta dei servizi sanitari anche all'interno dei due modelli istituzionali di riferimento. Una forte eterogeneità caratterizza anche le aziende costituite per rafforzare il ruolo di governo del livello regionale. Si pensi al fatto che Azienda Zero in Veneto, Arcss in Friuli Venezia Giulia o Alisa in Liguria siano tutte formalmente costituite come aziende del Ssn, ma con ruoli e funzioni sostanzialmente molto diversi dalle aziende di erogazione di servizi sanitari. Di conseguenza, la possibilità di scegliere il proprio assetto istituzionale all'interno di

due soli "modelli" aziendali appare inattuale.

### **Proposta**

*Per rispondere in maniera più adeguata alle esigenze di gestione degli Ssr, si propongono due linee di innovazione istituzionale:*

**A** *il Ssn definisce un elenco di soluzioni istituzionali plurali per le diverse tipologie di aziende, in funzione della loro missione e dimensione tra cui le regioni possono scegliere, con le prerogative e i meccanismi decisionali coerenti al loro livello di autonomia in cui si collocano;*

**B** *le Regioni pienamente autonome hanno la facoltà di ampliare le fattispecie disponibili di aziende sanitarie pubbliche. Le Regioni dovrebbero avere la facoltà di definire le proprie aziende sanitarie pubbliche a partire da un insieme più ampio e variegato di fattispecie. Di conseguenza, dovrebbero essere definite tipologie di aziende nuove, modificando l'ordinamento attuale del Ssn (d.lgs. 502/1992 e d.lgs. 229/99), in modo da poter tipizzare diversi modelli aziendali coerentemente all'evoluzione dei sistemi sanitari regionali. In particolare, potrebbe essere necessario delineare una fattispecie*

*per le aziende che centralizzano alcuni servizi (acquisti, logistica, sistemi informativi) e distinguere due diverse tipologie di aziende sanitarie locali, sulla base dell'intensità del livello di produzione diretta dei servizi.*

*I diversi modelli aziendali potrebbero essere sviluppati differenziando quattro elementi di configurazione istituzionale:*

- 1** *missioni e finalità;*
- 2** *organi di governo;*
- 3** *poteri di nomina;*
- 4** *forme giuridiche.*

*La predisposizione di un quadro di fattispecie "chiuso" garantirebbe la comparabilità delle varie esperienze e, di conseguenza, favorirebbe meccanismi di apprendimento reciproco tra i contesti locali.*

*Le Regioni con un livello di "autonomia piena" dovrebbero avere invece la facoltà di costituire tipologie di aziende nuove, non previste dall'ordinamento del Ssn. Di fatto, le Regioni con un livello di autonomia massima potrebbero avviare autonomamente delle sperimentazioni di nuovi modelli. Tali sperimentazioni, dovrebbero avere una durata limitata, e in caso di esito positivo dovrebbero innescare ulteriori modifiche all'insieme chiuso di modelli aziendali di riferimento.*

Il Servizio sanitario nazionale è stato il protagonista indiscusso e apprezzatissimo dagli italiani della lotta al Covid-19 ma, nonostante l'innegabile dimostrazione di resilienza, non può non sottolinearsi che il sistema sanitario che ha affrontato la pandemia ha dovuto fare i conti con una situazione di debolezza interna grave, di cui ancora

porta tutti i segni. Una situazione frutto diretto delle scelte di politica sanitaria che, per anni, hanno avuto come obiettivo fisso ed ineludibile quello del controllo e ridimensionamento dei costi, finalizzato al più generale obiettivo di risanamento dei conti pubblici, delineando, nei fatti, un sistema sanitario caratterizzato dalla progressiva riduzione

dell'impegno pubblico. La dinamica della spesa sanitaria pubblica e privata lo testimonia ampiamente: la spesa sanitaria pubblica dal 2012 al 2021 è passata da 108 a 127 miliardi di euro, aumentando in termini reali del + 3,0 a fronte di una variazione reale della privata out-of-pocket pari a +8,2, che è arrivata, nel 2021, con i suoi 36 miliardi circa, a rappresentare il

# RINUNCIA ALLE CURE

La percentuale di chi ha rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche ed indagini diagnostiche appare in crescita rispetto al periodo pre-pandemico. Ultimo atto di un Ssn in agonia

di KETTY VACCARO



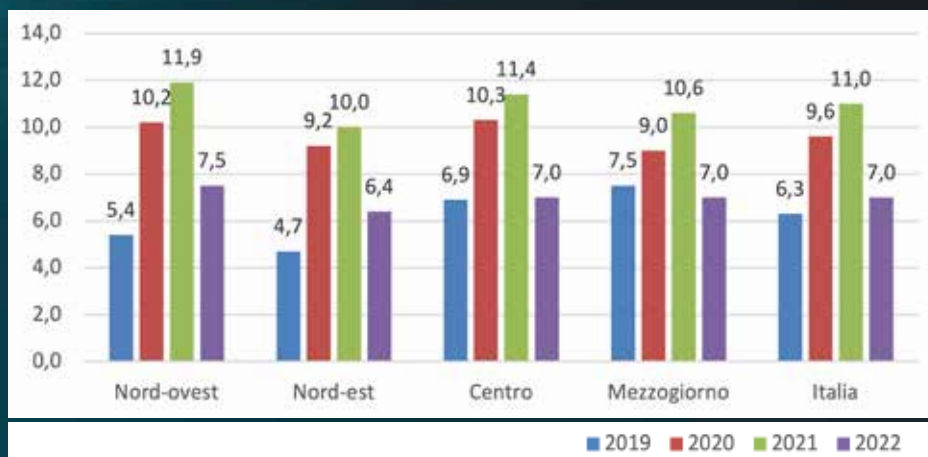
21,8% della spesa sanitaria totale.

**La crescita della spesa privata è un indicatore semplice del fatto che la copertura pubblica ed universalistica del Ssn comincia a mostrare già da tempo evidenti aspetti problematici.**

E certamente il dato più significativo è legato alle crescenti difficoltà di accesso ai servizi pubblici sperimentato da quote importanti di cittadini.

L'eccessiva lunghezza delle liste di attesa rappresenta uno strumento di selezione che riduce nei fatti la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie nel settore pubblico, creando una oggettiva differenziazione tra chi dispone di risorse economiche e riesce a spostarsi sull'offerta privata e chi invece è obbligato ad attendere i tempi lunghi dell'accesso nel pubblico e/o semplicemente a rinunciare alla prestazione stessa, anche

## Rinuncia a prestazioni sanitarie\* per area geografica 2019-2022 val.%



\*Percentuale di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico (es. radiografie, ecografie, risonanza magnetica, TAC, ecodoppler, o altro tipo di accertamento, ecc.) pur avendone bisogno, a causa di uno dei seguenti motivi: non poteva pagarla, costava troppo; scomodità (struttura lontana, mancanza di trasporti, orari scomodi); lista d'attesa lunga.

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat - Indagine Aspetti della vita quotidiana

a causa di ticket rilevanti. L'ultimo dato Istat fa riferimento al 7,0% di persone che, negli ultimi 12 mesi, hanno dichiarato di aver rinunciato a qualche visita specialistica o a esame diagnostico pur avendone bisogno, sia per motivi economici che logistici, senza grosse variazioni tra aree del Paese, anche se la quota appare meno elevata nel Nord-Est (6,4%). Inoltre, la percentuale di

## “ È L'IMPIANTO QUALIFICANTE DEL NOSTRO SSN AD ESSERE MINACCIATO ”

chi ha rinunciato nell'ultimo anno a visite specialistiche ed indagini diagnostiche appare in crescita rispetto al periodo pre-pandemico e segnala le difficoltà maggiori vissute durante il 2020 ed il 2021, anno in cui la quota di chi ha rinunciato è salita all'11,0%. Sicuramente la domanda sanitaria in evasa del periodo emergenziale ha impattato, ma su un meccanismo già presente, caratterizzato da quell'asimmetria quali-quantitativa tra fabbisogni sanitari e offerta del Servizio sanitario che stava già alla base delle forme più o meno occulte di razionamento, testimoniate dalla crescita della spesa privata, ma non solo

Il 67,3% degli italiani, in una indagine Censis del 2022, afferma che nell'ultimo anno è stato costretto a rivolgersi al privato per potere accedere ad una prestazione che nel pubblico richiedeva una lista di attesa eccessiva e la percentuale sale al 71,7% nel Sud-Isole ed al 69,5% al Centro. Un dato in crescita rispetto al già elevato 62,5% del 2018 e che non può stupire di fronte al 52,3% di intervistati che ha dichiarato che negli ultimi dodici mesi ha provato a prenotare una prestazione nel pubblico scoprendo che la lista d'attesa era bloccata e/o chiusa.

# #COVER STORY

(si pensi ad es. al fenomeno ormai strutturale della mobilità ospedaliera). Infatti, **un ulteriore elemento che ha già da tempo intaccato l'universalismo del Ssn è la sempre più profonda differenziazione dei livelli di offerta tra le regioni, ben evidenziata dalle stesse opinioni dei cittadini in merito al funzionamento della propria sanità regionale.**



## Spesa privata e ticket elevati

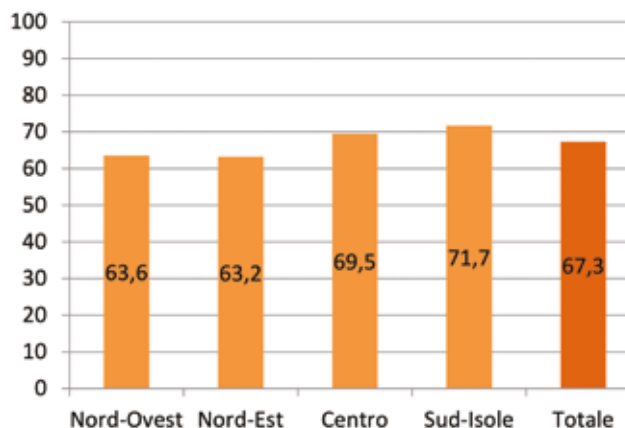
La voce relativa alla spesa privata e ai ticket è trasversale a tutti gli ambiti, i cittadini lamentano costi elevati che hanno dovuto sostenere per visite o prestazioni diagnostiche in intramoenia o private poiché non sono riusciti ad accedere alle prestazioni del Ssn, oppure ticket elevati per visite in convenzione. Le voci dei costi che sono stati più segnalati dai cittadini si riferiscono a: visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario (33,3%), esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario (17,9%), acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal Ssn (9,4%).

Un'indagine Censis del 2022 mette in luce che solo il 40,4% degli italiani si dichiara soddisfatto del servizio sanitario della propria regione, con una significativa differenziazione tra le diverse aree del Paese. Solo tra i residenti del Nord-Est la quota di soddisfatti appare maggioritaria (58,8%), mentre si abbassa drasticamente al Sud e Isole (29,2%), al Centro è pari al 37,9% e rimane minoritaria anche nel Nord-Ovest (42,0%). Una situazione che segnala la percezione di un peggioramento da parte dei cittadini, dal momento che nel 2019 la quota di soddisfatti era maggioritaria (55,0%), a fronte del mantenersi delle differenze territoriali e del ribaltamento della posizione degli abitanti del Nord-Ovest, che nel 2019 erano soddisfatti nel 70,1% dei casi.

L'accentuazione delle diversità di performance delle sanità regionali, in parte aggravata dall'esperienza pandemica, da una parte, ed ogni meccanismo di razionamento più o meno palese della sanità pubblica, dall'altra, rappresentano due fenomeni su cui va posto l'accento con decisione, rifuggendo da visioni teoriche che preferiscono ignorare una evoluzione problematica del sistema su cui è diventato urgente intervenire.

**Una deriva caratterizza-**

**Italiani che hanno dovuto rivolgersi al privato, pagando di tasca propria, a causa di tempi di attesa nel pubblico troppo lunghi, per area geografica val.%**



Fonte: indagine Censis, 2022

**ta, come già ricordato, dal "fai da te" familiare, e dunque fortemente legata alle diverse disponibilità di risorse economiche, che gli italiani hanno già affrontato per la non autosufficienza, comincia a coinvolgere anche altri aspetti legati alla tutela della salute.**

Se il luogo di residenza e le diversità sociali ed economiche di ciascuno si manifestano come dei vincoli reali nel determinare tempi e modalità di accesso alle diagnosi e cure di cui si ha bisogno, è l'impianto qualificante del nostro Ssn ad essere minacciato, proprio nell'equità nell'universalismo, che ne rappresentano i valori fondanti ed irrinunciabili. Il momento attuale appare cruciale: il nostro Ssn è coinvolto, fin dal 2022, in

un rinnovamento di molti aspetti organizzativi e di funzionamento, in accordo con le linee guida della Missione 6 del Pnrr, che potrebbe portare ad un rilancio del Ssn. **Tuttavia, nonostante questa fase di ipotetica trasformazione, il rischio che si prefigura è che le risorse pubbliche di spesa sanitaria corrente possano non risultare adeguate alla nuova offerta sanitaria.** La deriva che da tempo ha intaccato l'universalismo del sistema potrebbe non essere bloccata, anche perché l'ipotesi di una definitiva archiviazione della fase continuata di contenimento dei conti della sanità pubblica e dell'avvio di una stagione diversa, con una disponibilità di risorse adeguate, non sembra nei fatti confermata.



# UNIVERSALISMO

## Liberiamoci dal mito

**È necessaria una divisione dei ruoli e delle funzioni tra il sistema pubblico e l'autonomia privata, stabilendo quale protezione deve essere garantita dal Ssn e quanto può essere affidato, in modo sostitutivo, all'iniziativa privata collettiva e individuale**

di GIULIANO CAZZOLA

**L**a spesa sanitaria negli ultimi anni è stata fortemente condizionata dal diffondersi dell'epidemia da Covid-19. Le misure adottate per arrestare il contagio, il distanziamento sociale e il successo della campagna vaccinale, hanno permesso di superare la fase più critica dell'emergenza. Recentemente l'Oms ha certificato la fine dell'emergenzaglobale che durava dall'inizio del 2020, declassando il Covid-19 ad

una patologia respiratoria da monitorare con attenzione, senza smantellare le strutture di prevenzione e cura costruite con tanta fatica. Gli esiti di questa guerra sono stati un flagello per l'umanità. I casi di infezione da Covid-19 totali sono oltre i 680 milioni, con 6,8 milioni di morti e 660 milioni di persone guarite. Un bilancio sicuramente più grave senza la scoperta e la produzione in tempi rapidi dei vaccini e la loro somministrazione di massa. Di conseguenza, anche la pressione sul sistema sanitario nazionale si ridotta; ma l'epidemia ha esacerbato dei limiti



# # COVER STORY

strutturali del sistema sanitario italiano, che rimangono anche in condizioni di ritrovata normalità. Per rendersene conto è sufficiente recarsi in un Pronto soccorso durante un week end. **La crisi si è riversata tutta sulle strutture ospedaliere pubbliche, che non hanno potuto contare, neppure in una funzione di alleggerimento, sulla medicina del territorio né su quella convenzionata o privata.** La contagiosità del morbo acquisiva un'oggettiva priorità e richiedeva un particolare uso delle strutture rispetto ad altri interventi chirurgici e terapeutici magari più gravi, ma che dovevano essere rinviati anche per la stessa accessibilità ai reparti dei nosocomi. L'emergenza sanitaria ha riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario, mettendone in evidenza oltre ai punti di forza, gli aspetti problematici attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni. Aspetti su cui è opportuno soffermarsi per trarne elementi utili a valutare le ragioni di dette scelte, le modifiche da apportare alla gestione del

sistema sanitario alla luce dell'emergenza Covid-19 e le risposte che possono derivare dal Patto per la salute sottoscritto tra Stato e Regioni sul finire del 2019. Era emersa anche l'esigenza per investimenti in tecnologie sanitarie: la rilevazione effettuata con le regioni sul fabbisogno per il triennio 2018-2020 ha riguardato il numero di sistemi che si intende acquisire sia come nuove acquisizioni (per potenziare l'offerta) che come sostituzioni per obsolescenza, per i quali non si dispone delle relative risorse finanziarie. Il fabbisogno complessivo finalizzato al piano di rinnovo e potenziamento delle tecnologie è risultato di oltre 1,5 miliardi in relazione a 1.799 macchine. Si tratta di 1.401 macchine da sostituire per una spesa di oltre 1,1 miliardi e di 398 nuove tecnologie da acquisire per il potenziamento del parco tecnologico per una spesa di 405,3 milioni. Tutte queste esigenze erano note quando - per un ricatto politico che non aveva alcuna giustificazione se non un pregiudizio nei confronti di ciò che veniva dall'Europa - il governo italiano rifiutò di accedere al Mes sanitario per un

*Nel 2021, sulla base dei risultati di Contabilità Nazionale comunicati dall'Istat con nota del 1° marzo 2022, il rapporto tra spesa sanitaria e Pil si è attestato al 7,2% mostrando una diminuzione di 0,2%, rispetto al dato del 2020. In valore assoluto, la spesa sanitaria è risultata pari a poco meno di 128 miliardi.*

**Nel 2021 la spesa per welfare privato a carico delle famiglie per integrare le prestazioni pubbliche per pensioni, sanità e assistenza ha raggiunto i 101 miliardi di euro, dei quali, il 46% è destinato alla sanità, sia direttamente tramite la cosiddetta spesa out of pocket (40,6 miliardi) sia indirettamente grazie all'intermediazione da parte di casse, fondi di assistenza sanitaria integrativa, società di mutuo soccorso e Compagnie di Assicurazione (5,8 miliardi); circa il 34% viene speso per la "non autosufficienza", intesa come assistenza sia domiciliare che residenziale (33,78 miliardi); il 17% viene investito per la previdenza complementare (17,6 miliardi) e la restante quota per le protezioni assicurative individuali (3,28 miliardi).**

*Fonte: Itinerari Previdenziali, Centro studi di Alberto Brambilla.*

importo di 36/37 miliardi che garantiva circa 36/37 miliardi di euro in prestito per investimenti sulla sanità, con interessi praticamente nulli (0,35%) e poche condizioni da rispettare. **È vero che l'Italia in questa discutibile decisione si è trovata in buona compagnia, nel senso che nessun grande Stato Ue finora ha deciso di accedere al Mes sanitario per paura di essere etichettato sul mercato come nazione in difficoltà, rischiando di pagare tassi di interesse più alti sugli altri titoli di debito.** Ci sarebbe stata la possibilità di aderire fino a tutto il 2022, ma per quanto riguarda l'Italia la questione non è stata nemmeno presa in considerazione, affidandosi alle disponibilità provenienti dal NGeu, salvo poi trovarsi a pochi mesi di distanza ad interrogarsi sulla reale capacità di spendere e a riscontrare tassi di interesse che risentono dell'inflazione. **Il fatto strano è che neppure le opposizioni hanno incalzato il governo su questo punto,**

**nonostante che nei loro programmi diano priorità all'allocazione di maggiori risorse per la sanità pubblica,** in quanto è passata la vulgata secondo la quale sono stati i tagli della spesa sanitaria attuati negli anni dell'austerità a mettere in ginocchio le strutture pubbliche. Poi c'è il problema del personale soprattutto medico. Tra le grandi lamentazioni relative al fabbisogno, nessuno ricorda gli effetti deleteri prodotti da quota 100 sul versante delle pensioni. In base ai dati della Cassa pensioni sanitari ex Inpdap dal 2012 al 2021 avrebbero acquisito il titolo per andare in pensione 61.300 medici del sistema sanitario nazionale, cioè i nati tra il 1950 e il 1959. Basta allora fare due conti: con le borse di studio ferme a cinquemila l'anno, e considerando che poi solo il 75% dei neo-specialisti resta nel Ssn (gli altri scelgono la strada della libera professione, del privato convenzionato, la carriera universitaria o quella di ricercatori), significa im-

mettere una forza lavoro di 35 mila nuovi specialisti in 10 anni (3.500 l'anno), ossia poco più della metà dei possibili pensionandi. In tale contesto, la maggiore attenzione sul fronte della spesa, la mancata riorganizzazione delle strutture sanitarie sul territorio e le difficoltà di adeguare l'offerta pubblica al mutare delle caratteristiche della domanda di assistenza si sono riflessi in un ampliamento della spesa a carico delle famiglie che tra il 2012 e il 2018 ha continuato a crescere. Nel 2018 la spesa totale era pari a 154,8 miliardi, di cui 115 miliardi pubblica e circa 40 miliardi, privata. Se il finanziamento pubblico era pari al 74,2 per cento della spesa totale, la componente privata era pari al 23,1 per cento e quella coperta da fondi, casse, assicurazioni al 2,7 per cento. La spesa sanitaria diretta delle famiglie è cresciuta tra il 2012 e il 2018 del 14,1 per cento contro il 4,5 per cento di quella delle Amministrazioni pubbliche. Di rilievo la crescita anche di quella coperta da regimi di finanziamento volontari (+31,5 per cento). La quota di spesa privata ha raggiunto il 2,3 per cento del prodotto. Un peso superiore a quello

della Germania (1,7 per cento), della Francia (1,9), ma inferiore al livello raggiunto in Spagna e Portogallo, dove si pone tra il 2,6 e il 3,1 per cento del prodotto. Quali sono i problemi attinenti la spesa privata? Innanzi tutto si tratta di una spesa in larga misura ripetitiva, nel senso che le famiglie pagano privatamente per prestazioni che sono loro garantite dal sistema pubblico, prestazioni che in questo modo vengano pagate due volte. Negli ultimi anni si sono diffuse pratiche di welfare aziendale quasi sempre comprensive di forme di assistenza sanitaria privata. **È positivo che si sviluppino iniziative di carattere collettivo, essendo la spesa privata in prevalenza a carico diretto delle famiglie. Ma anche per questa esperienza occor-**



**rerà prima o poi fare una riflessione, perché non si esce – anche se a pagare sono i datori di lavoro – dalla questione della ripetitività della spesa.** Con tutto ciò che ne consegue per quanto riguarda l'impiego delle risorse. Peraltro con il sistema del convenzionamento è il pubblico che finisce per finanziare il privato. È necessario liberarsi del mito dell'universalismo che non solo non è mai esistito (anche perché esistono 20 sistemi di sanità pubblica quante sono le regioni), ma è in pratica insostenibile (lo si vede ogni qualvolta i c.d. Lea restano sulla carta perché non possono essere definiti ad invarianza di spesa, ma solo con maggiori risorse). Ecco perché ritengo necessaria una divisione dei ruoli e delle funzioni tra il sistema pubblico e l'autonomia privata, stabilendo quale protezione deve essere garantita (e a chi e a quali condizioni e criteri di universalità essenziali ma non onnicomprensivi) dal Ssn e quanto può essere affidato – in modo sostitutivo – all'iniziativa privata collettiva ed individuale. **Procedere ad una razionalizzazione (io la chiamo una actio finium regundorum ovvero un'azione per**

**regolare i confini) migliorerebbe il servizio, diminuendone i costi. Credo poi che ci siano modalità di finanziamento che possono consentire l'accesso alla sanità privata da parte di tutti i cittadini, senza farne necessariamente un'opzione elitaria.** Io non mi sono pentito, infatti, di aver sostenuto la prima versione del dlgs n.502 del 1992, **incluso quell'articolo 9 che venne trattato come il virus del colera perché prevedeva la possibilità di sperimentare, nell'ambito del sistema sanitario, forme associate di utenti, confluenti in una mutua o in qualsivoglia analogo esperienza collettiva.** A questo nuovo soggetto, organizzato e consorziato, sarebbe stata stornata una quota delle risorse (o anche l'intera quota, qualora si intendesse attuare un'operazione a più vasto raggio) che il Fondo sanitario nazionale riservava ad ogni cittadino, a prescindere dal suo reddito, a titolo di quota capitaria, come quantificazione economica del diritto di fruire dell'assistenza sanitaria. Di conseguenza, la rinuncia volontaria, individuale o collettiva, alla copertura pubblica, avrebbe riguardato soltanto le prestazioni corrispondenti alla parte di quota capitaria stornata per finanziare il fondo privato e da esso erogate agli aderenti.

**“ DISCUTIBILE LA DECISIONE DELL'ITALIA  
DI NON ACCEDERE AL MES SANITARIO ”**

# SINERGIA paritetica

Potremmo immaginare di innestare, su un modello universalistico di sanità, meccanismi propri del sistema assicurativo, per regolare un ricorso al mercato delle prestazioni sanitarie che già esiste ma è profondamente iniquo

di BARBARA CITTADINI

**G**iovanni Monchiero, nel numero di maggio di questa rivista, ci pone di fronte ad un aut aut: da un lato la salvaguardia del carattere di universalità del nostro Ssn, dall'altra il "passare ad un sistema assicurativo, accettandone le conseguenti disegualianze". Quasi fosse un esercizio teorico, desidero raccogliere il suo invito a contribuire al

dibattito in corso sull'improcrastinabile riforma sanitaria del Paese. Proverei, dunque, a sciogliere il dilemma tra sistema assicurativo e Ssn, così come proverei a sciogliere quello nella supposta querelle pubblico-privato. Due compiti che ritengo di assumere in nome del pragmatismo e della tenuta stessa del nostro modello universalistico di sanità. Si tratta, anzitutto, di indi-

viduare il perimetro entro il quale, volenti o nolenti, ci muoviamo.

Si tratta di un contesto nel quale i livelli essenziali di assistenza restano e si rafforzano solo sulla carta, ma non riescono ad essere garantiti con la dovuta appropriatezza, tempestività ed efficacia sull'intero territorio nazionale.

**Quanto appena detto, peraltro, avviene in una realtà nella quale la spesa**

privata esiste ed è di proporzioni non trascurabili: parliamo del 25% della spesa sanitaria totale.

Con un po' di audacia nella governance, partendo da questi presupposti, potremmo immaginare una terza opzione: innestare, su un modello universalistico di sanità, meccanismi propri del sistema assicurativo, per regolare un ricorso al mercato delle prestazioni sanitarie che già esiste ma che è profondamente iniquo.

Ritengo sia necessaria una precisazione. Ferma restando la libera scelta del singolo di rivolgersi al mercato delle prestazioni sanitarie, la salvaguardia del principio di equità implica, necessariamente, meccanismi di condivisione del rischio opportunamente regolamentati.

**Deve essere chiaro, infatti, come lo Stato non possa abdicare al suo compito costituzionale di garante dell'eguaglianza formale e sostanziale di tutti i cittadini.**

Un modello di questo tipo, infatti, riuscirebbe ad attutire gli effetti più distorsivi di un modello puro di assicurazione volontaria: la tutela della salute dei soggetti fragili - socialmente e/o economicamente - non è sacrificabile.

Un Ssn è tale solo se è equo; detto questo, in un contesto di cronico e siste-

matico sottofinanziamento, è meglio garantire una selezione di prestazioni fondamentali a tutti, che una molteplicità di servizi a nessuno.

Condizione, questa, che, oggi, si rivela con liste d'attesa tali da configurare una vera e propria mancanza di tutela.

È la manifestazione concreta di una mancanza di tutela che spinge chi può a rivolgersi al di fuori dello schema universalistico e, chi non può, a sottostare a tempistiche spesso incompatibili con la gravità e complessità della condizione clinica.

Cosa significa tutto questo? Che, sulla carta, siamo in un Ssn ma, di fatto, ci muoviamo nell'ambito di un meccanismo che sta perdendo le basi di solidarietà ed equità di accesso alle cure e di trattamento. Guardando alle politiche pubbliche per la sanità, è

## “MEGLIO GARANTIRE UNA SELEZIONE DI PRESTAZIONI FONDAMENTALI A TUTTI, CHE TANTI SERVIZI A NESSUNO”

necessario poi precisare che se da una parte non bisogna rinunciare all'obiettivo - pur difficilmente raggiungibile che sia - di colmare il divario tra il rapporto Pil/spesa pubblica in sanità dell'Italia e quello dei Paesi G7 e Ocse, dall'altra è necessario rendere più efficiente il sistema di erogazione, attraverso l'identificazione dei provider che siano in grado di assicurare gli esiti migliori, con il minor dispendio di risorse. È vero, come dice Monchiero, che "in questi quarant'anni il dibattito è stato quasi sempre incentrato sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni offerte ai cittadini", ma è anche vero che dibattito è rimasto. E, infatti, ancora facciamo fatica ad adottare una stra-

tegia che ridisegni la rete dei provider in base a criteri di qualità ed efficienza, premiando le strutture che riportano gli esiti migliori e disincentivando lo spreco.

Larealtà ci riporta a situazioni paradossali: facciamo, addirittura, fatica a condividere i bilanci delle aziende ospedaliere pubbliche.

**È importante, invece, creare le condizioni per una sinergia virtuosa tra la componente di diritto pubblico e quella di diritto privato del Ssn, a tutto vantaggio dei pazienti: sinergia che non può prescindere da un trattamento paritetico, che consenta ad entrambe di esprimere pienamente le rispettive potenzialità.**

Storicamente, invece, registriamo una asimmetria nell'approccio agli erogatori in funzione della rispettiva natura giuridica: a partire dal tetto all'acquisto di prestazioni dalla componente di diritto privato - che limita la capacità di programmazione delle regioni - fino al fenomeno delle effettive modalità di rimborso delle prestazioni (a piè di lista per quanto riguarda gli ospedali a gestione diretta).

Creare un approccio collaborativo-competitivo significa, anche, perfezio-

nare il processo, in corso, di revisione delle tariffe in termini di valorizzazione delle stesse, tenendo conto dell'innovazione tecnologica e della sostenibilità dei costi per le strutture di diritto privato, le sole a essere remunerate in considerazione delle prestazioni effettivamente erogate.

**Per quanto riguarda, invece, l'importante spunto di riflessione offerto da Monchiero sul ruolo "fantasma" di committenza-tutela, non vi sono, solo, le mancanze della medicina territoriale in fase di eterna riorganizzazione sulla carta, senza finanziamenti dedicati; ma vi è, anche, l'inadeguatezza dei posti letto, ridotti drasticamente, negli ultimi anni, in nome di una deospedalizzazione, di fatto, mai compensata.**

Sono argomenti complessi che meriterebbero più spazio e di una serie di decreti ministeriali numerati progressivamente e, tra di loro, coerenti.

L'esigenza di fondo è culturale e strutturale: una riforma che salvaguardi il Ssn va affrontata con un approccio radicalmente differente, che tuteli - davvero! - il diritto alla salute degli italiani.

**Due anni per una mammografia di screening, tre mesi per un intervento per tumore all'utero che andava effettuato entro un mese, due mesi per una visita specialistica ginecologica urgente da fissare entro 72 ore, sempre due mesi per una visita di controllo cardiologica da effettuare entro 10 giorni.** Sono alcuni esempi di tempi di attesa segnalati dai cittadini che lamentano anche disfunzioni nei servizi di accesso e prenotazione, ad esempio determinati dal mancato rispetto dei codici di priorità, difficoltà a contattare il Cup, impossibilità a prenotare per liste d'attesa bloccate. Quella delle liste di attesa è una delle tante urgenze in sanità che Cittadinanzattiva fotografa nel Rapporto civico sulla salute 2023.

# COVER  
STORY

# AL CAPEZZALE del Servizio Sanitario

Nel tentare una sintesi dei vari interventi, partirei da una constatazione: la complessità del tema fa emergere una serie di contrapposizioni, con le quali deve misurarsi chiunque voglia ragionare di soluzioni

di GIOVANNI MONCHIERO

## IL SSN: SITUAZIONE DI FATTO E PRINCIPI

È quasi trascorso un decennio da quando **Walter Ricciardi** ammoniva che il nostro servizio sanitario stava andando incontro a una "tempesta perfetta". Da allora le cose sono progressivamente peggiorate, come evidenzia, sin dal titolo, il suo contributo "In memoria del Servizio Sanitario Nazionale", ove, tra molto altro, ci fa presente

che il modello inglese cui ci siamo ispirati è ormai naufragato. Il nostro non è ancora morto, ma è gravissimo: diciamo in rianimazione.

Scende nei dettagli della crisi **Ketty Vaccaro** che analizza la crescita della spesa privata e la contestuale rinuncia alle cure di chi non può permettersi di



pagare. Il Covid ha aggravato difficoltà emerse da tempo. Il rilancio dell'attività ambulatoriale da parte delle strutture pubbliche e convenzionate, fa sì che nel 2022 il dato della rinuncia alle cure sia migliorato rispetto ai due anni precedenti, disastrosi. Tuttavia, nell'ultimo anno, il 67% degli italiani dichiara di essere stato costretto a rivolgersi al privato e più della metà degli intervistati ha vissuto l'esperienza di sentirsi rispondere dalla struttura pubblica che l'agenda di quella specifica prestazione era bloccata. L'equità di accesso alle cure, specie per la diagnostica, è ormai un miraggio.

Per contro, **Salvino Leone** richiama i dettami costituzionali che stanno a fondamento del Ssn e quelli etici che devono animarlo nel quotidiano. La nostra Costituzione, molto avanzata sui tempi e fortemente ispirata all'etica sociale, definisce nella prima parte i diritti del cittadino

e, fra questi, quello primario alla tutela della salute. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale fu la più importante delle riforme attuative dei principi costituzionali. Eguaglianza, equità e giustizia nella prevenzione delle malattie e nell'erogazione dei servi-

zi di cura rimangono punti fermi, irrinunciabili.

**Sintesi:** il Ssn sta morendo ma l'etica ci impone di non abbandonarlo al suo destino.

### IL FINANZIAMENTO: FABBISOGNO E DISPONIBILITÀ

**Federico Spandonaro** è un punto di riferimento per chi voglia comprendere i meccanismi di finanziamento della spesa sanitaria. I rapporti annuali di Crea Sanità, il centro di ricerca da lui diretto, furono tra i primi ed evidenziare quanto la spesa pubblica pro capite destinata alla sanità fosse inferiore a quella dei paesi europei. I dati più recenti ci dicono che il divario ha superato il 40%, più o meno in linea con l'andamento del Pil. Non solo, la quota di spesa pubblica sul

## “ L'EQUITÀ DI ACCESSO ALLE CURE, SPECIE PER LA DIAGNOSTICA, È ORMAI UN MIRAGGIO ”

totale dei costi delle prestazioni sanitarie, che sino al 2010 era simile a quella dei nostri vicini, oggi è scesa al 75%, contro una media dell'Europa "dei 15" che è salita all'83%: causa prima della già richiamata crisi di equità del Ssn.

Per tornare ai livelli che

vent'anni fa facevano dire all'Oms che il nostro servizio sanitario era il secondo del mondo occorrerebbe una cinquantina di miliardi, e se poi volessimo anche equiparare, per numero e stipendi, il personale in servizio a quello dei paesi europei con i quali ambiamo confrontarci, dovremmo incrementare la spesa corrente di un'ottantina di miliardi.

**Sintesi:** al Ssn mancano miliardi che lo Stato non ha. Occorre aguzzare l'ingegno.

### IL MODELLO: BEVERIDGE E BISMARCK

Il nostro servizio sanitario è stato mutuato dal Hns britannico, istituito nell'immediato dopoguerra sulle proposte formulate da sir William Beveridge che non era un medico, né un filoso-

fo, né un socialista, bensì un economista liberale. Sia detto a beneficio di coloro che si stracciano le vesti ogniqualvolta sentono

accostare alla sanità la parola economia.

Come già evidenziato citando Ricciardi, la catastrofe del Hns ci lascia pressoché soli nell'applicare quel modello. È dunque lecito domandarsi se permangano le ragioni per mantenerlo, o se non sia preferibile tor-

nare ad un modello bismarckiano, fondato su un mix di assicurazioni, pubbliche e private.

Nel suo puntuale contributo, **Giuliano Cazzola** sceglie la seconda opzione arricchendola con proposte innovative per garantire l'indispensabile intervento dello Stato a favore dei meno abbienti. Non ospitiamo una voce contraria perché tutti gli articoli sono indirizzati alla salvaguardia del Ssn che, in teoria, è ritenuto più equo e meno costoso.

**Sintesi:** nella scelta, ineludibile, se mantenere o no il modello, dovremo abbandonare l'ideologia e farci guidare dall'etica sposata ad un documentato pragmatismo.

### GLI EROGATORI: PUBBLICO E PRIVATO

La contrapposizione fra erogatori pubblici e privati è - dall'aziendalizzazione in poi - un classico nelle discussioni sul Ssn, ma non ha riscontro nell' realtà. Fra aziende sanitarie e cliniche convenzionate, come bene evidenziato nell'intervento di **Barbara Cittadini**, si vive in spirito di collaborazione, seppur con qualche marginale difficoltà. Aggiungo che non vedo concorrenza nemmeno nell'accesso al finanziamento pubblico. Sostenere che ogni euro



# # COVER STORY

versato al privato è sottratto alle strutture pubbliche è un vecchio slogan, non una analisi. La pubblica amministrazione sa bene che, speso nelle proprie aziende, quell'euro produrrebbe, quasi ovunque, qualcosa di meno.

Fenomeno diverso è la crescita tumultuosa, soprattutto nella diagnostica, del privato non convenzionato che viene pagato direttamente dai cittadini che possono permetterselo. Questo è il sintomo della gravità della malattia che affligge il Ssn, non l'agente patogeno.

Aggiungo che la pubblica amministrazione nei rapporti con il privato dovrebbe essere più vigile e severa ma anche più leale, evitando di fissare budget insostenibili o misure

di dubbia costituzionalità come il pay back imposto ai fornitori di farmaci e di dispositivi.

**Sintesi: se pubblico e privato cooperassero come auspicato dalla Cittadini e praticato dalla maggior parte di regioni e Asl il presunto contrasto non troverebbe posto neanche nella retorica sindacale e politica.**

## L'ORGANIZZAZIONE: OSPEDALE E TERRITORIO

Il dualismo fra ospedale e territorio è la rappresentazione plastica di quello fra produzione e tutela. Fenomeno tutto interno al Servizio Sanitario Nazionale che, nella prassi quotidiana, non ha mai assimilato l'innovazione culturale della 833 che affidava gli ospedali, in precedenza istituzioni autonome, alla gestione delle Usl. **Fulvio Moirano** ci ricorda che regioni e aziende sanitarie hanno, in questi quarant'anni, sempre posto l'ospedale al centro del sistema a scapito della medicina territoriale. E, forte della sua esperienza manageriale, richiama una verità scomoda: la salvaguardia del Ssn passa anche attraverso un continuo recupero di efficienza.

**Gianfranco Damiani** ci

parla della "presa in carico", effettiva, per tutti, secondo i bisogni specifici di ognuno. Serve un radicale cambiamento di mentalità e di organizzazione per realizzare questa nuova forma della "tutela" che rimane l'essenza del Servizio Sanitario Nazionale. L'equità, aggiungo, passa attraverso l'unicità della tutela, non attraverso l'esclusiva proprietà dei luoghi di cura.

**Sintesi: tra ospedale e territorio bisogna che molto cambi se non vogliamo che tutto resti com'è.**

## LE ISTITUZIONI: AUTONOMIA E CENTRALISMO

**Mario Del Vecchio e Francesco Longo** hanno accettato la sfida di parlare degli assetti istituzionali e della loro evoluzione. I 21 servizi sanitari regionali si sono differenziati anche troppo nella qualità dei servizi e nella facilità di accesso, ma sono stati coesi nel proclamare l'autonomia e nel praticare il centralismo, mettendo in crisi il modello aziendale.

Da aziendalisti convinti, Del Vecchio e Longo formulano alcune proposte, compatibili con gli attuali assetti istituzionali e costituzionali, per responsabilizzare

le regioni e, nel contempo, salvaguardare la loro autonomia e quelle delle aziende sanitarie.

**Sintesi: La spinta all'autonomia e quella al centralismo sono destinate a coesistere, ma vanno armonizzate**

## ULTIMA CONTRAPPOSIZIONE: PROTESTA E PROPOSTA.

La necessità di mettere mano al Ssn è argomento ineludibile ma ignorato dalla politica e poco presente tra gli stessi protagonisti del mondo della sanità, portatori di legittime rivendicazioni di settore più che di visioni d'insieme.

Un piccolo esempio. Tutti ci siamo lamentati della riduzione dei posti letto e del nostro tasso di ricovero che è il più basso d'Europa. Nel suo articolo Moirano ci ricorda che i reparti chirurgici sono, tutt'oggi, ampiamente sottoutilizzati. E, aggiungo, non si tratta solo di spreco di risorse. Le inefficienze gestionali si ripercuotono anche sulla qualità del servizio: pazienti in barella in PS e letti vuoti in chirurgia.

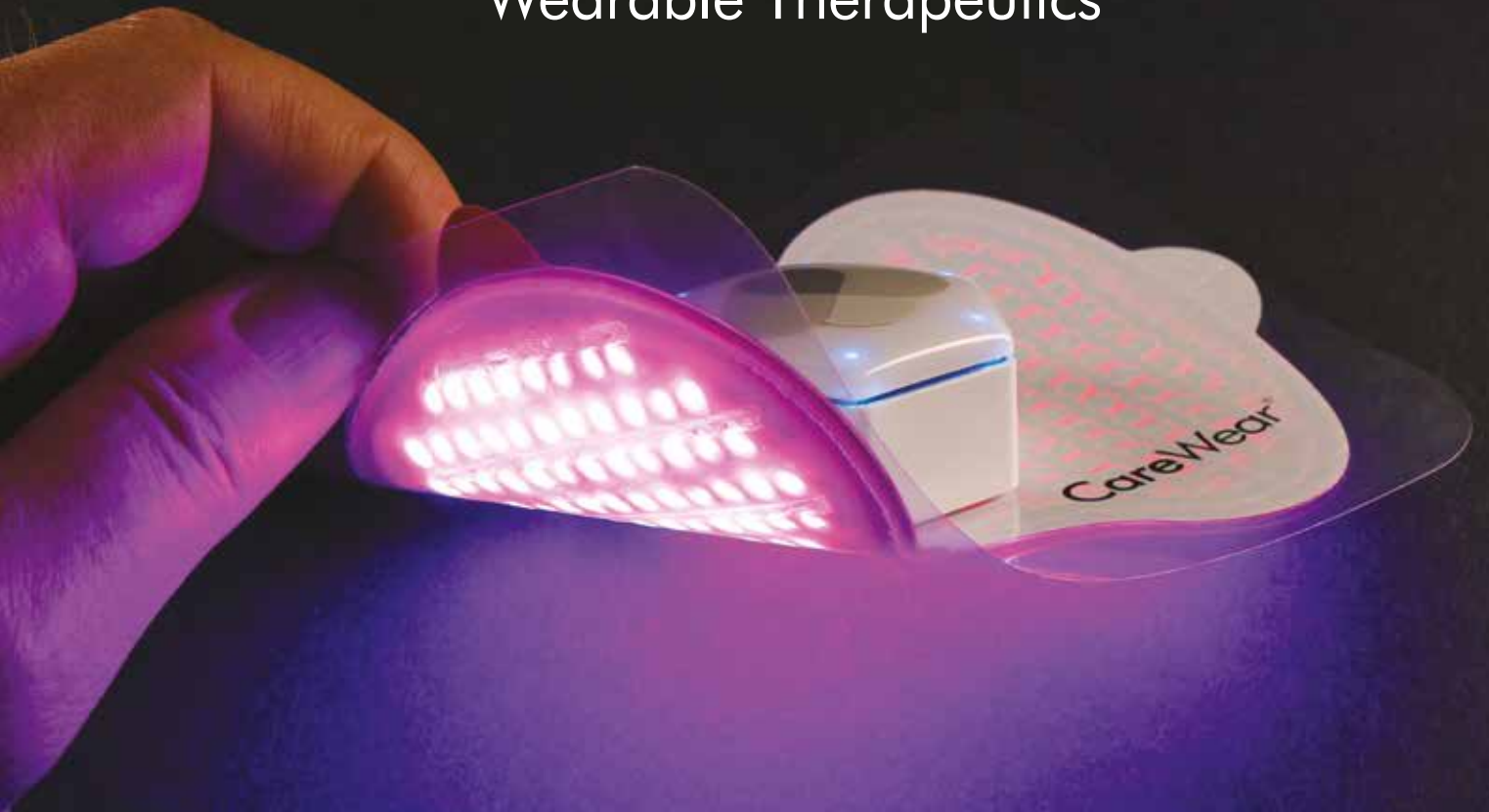
Non è possibile andare avanti così. Bisogna proporre delle soluzioni, le più varie, le più innovative. Tenendo presente questo piccolo postulato: se ogni operatore pretende di continuare a fare quello che fa adesso, non sarà realizzabile alcuna riforma.



“ L'EQUITÀ PASSA ATTRAVERSO L'UNICITÀ DELLA TUTELA,  
NON ATTRAVERSO L'ESCLUSIVA DEI LUOGHI DI CURA ”

# CareWear®

## Wearable Therapeutics



**CareWear®** è il primo dispositivo medico dotato di un controller e un cerotto luminoso adesivo con idrogel, riutilizzabile fino a 40 trattamenti, impiegato per ridurre il dolore, rilassare i muscoli, migliorare la circolazione e ridurre la rigidità articolare.

**CareWear®** utilizza una potente luce pulsata alle lunghezze d'onda più corte (blu) e più lunghe (rosse) per fornire un calore rilassante e una produzione ottimale di energia fotonica.



In self application o con l'aiuto di un fisioterapista o di un medico, **CareWear®** somministra una dose comprovata scientificamente e di grado medico ovunque ci si trovi in soli 30 minuti.



 ADITECH

info@aditechsrl.com [www.aditechsrl.com](http://www.aditechsrl.com)

**CareWear®**


LA LUCE CHE SI PRENDE CURA DI TE

Approvato Ce Med 93/42 classe 2ªA per il mercato Europeo come dispositivo medico

# PIANIFICARE IL PERCORSO

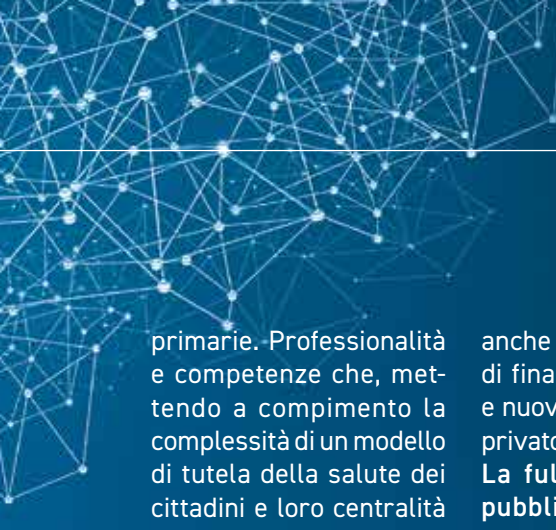
La sperimentazione dell'Intelligenza artificiale e di nuove tecnologie sta generando un notevole entusiasmo. **La transizione tecnologica in atto, ci può venire in aiuto? Probabilmente sì, purché sia pensata, programmata, scelta**

di GIANDOMENICO NOLLO



**Q**uando si parla di sanità digitale, intelligenza artificiale, terapie digitali, si attribuisce alla ricerca un ruolo preponderante. Ed infatti, la disponibilità di strumenti avanzati e performanti deriva da un continuo impegno in ricerca scientifica e sviluppo tecnologico. Tuttavia dobbiamo rilevare che, al di là del Software e dell'Hardware, c'è bisogno di competenze e organizzazione. Così come

quando parliamo di altre tecnologie, oggi divenute centrali nel dibattito sulla sanità, come Case e Ospedali di Comunità, dobbiamo sempre considerare che questi sono solo in minima parte, mura, letti, mobilio e tecnologie, ma che piuttosto devono essere l'avamposto di un nuovo paradigma di cura, ove devono trovare posto nuove professionalità e nuove competenze che si devono esprimere dando reale centralità alle cure



primarie. Professionalità e competenze che, mettendo a compimento la complessità di un modello di tutela della salute dei cittadini e loro centralità nel sistema, prevedano la presa in carico - dalla prevenzione all'assistenza - con un ribilanciamento dei rapporti di forza tra Ospedale e Territorio, attenzione alla prevenzione in ogni politica e la creazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, efficienti, efficaci ed appropriati. Gli edifici, gli strumenti, gli algoritmi, il software vario devono cioè essere tecnologie abilitanti di un modello di cura e non il driver.

In questo numero della rivista sono molti e autorevoli gli interventi che analizzano l'affanno del nostro Sistema Sanitario Nazionale e la necessità di un suo profondo ripensamento. Sottofinanziamento, mancanza di personale sono gli epifenomeni della crisi profonda in cui il Ssn versa. Le cause sono molteplici e ben analizzate negli articoli proposti che mettono in luce la necessità di guardare con coraggio alla malattia, cercandone non cure palliative, ma risolutive,

anche pensando a forme di finanziamento diverso e nuove sinergie pubblico privato.

**La fulminea diffusione pubblica e il crescente uso sperimentale dell'Intelligenza Artificiale (Ia) e delle tecnologie digitali in generale, sta generando un notevole entusiasmo verso queste tecnologie, che sono sempre più spesso richiamate e proposte con enfasi, come possibile elemento di supporto, sostegno fin anche di salvezza. Con l'affermarsi di queste tecnologie avremo a disposizione una maggiore intelligenza e capacità di valutazione ad esempio per decisioni critiche. Con i sistemi di ragionamento artificiale possiamo senz'altro prevedere la riduzione vertiginosa dei tempi di esecuzione dei processi di analisi. Si sta affacciando una nuova era di robot, non più programmati per ripetere operazioni preordinate, ma in grado di decidere in autonomia e modificare le proprie funzioni in risposta alle esigenze contingenti.**

È quindi atteso un cambiamento dei tempi lavorativi in molti settori, non escluso quello sanitario. Quindi serviranno meno

medici e infermieri? Può essere questa la risposta ad una delle maggiori criticità contingenti?

Assolutamente no; serviranno altresì medici, infermieri, ingegneri, tecnici con competenze diverse.

Tema questo che dovrebbe fin d'ora essere elemento di analisi dei percorsi formativi accademici di aggiornamento professionale.

**Al contempo l'introduzione massiva di Intelligenza Artificiale nei processi di cura solleva interrogativi e preoccupazioni sulla nostra capacità di gestire questo enorme potenziale e sulle ricadute che queste possono avere sul paziente, sui professionisti, sulla società, con implicazioni etiche e legali che possiamo intravedere, ma di cui non abbiamo ancora una visione precisa.**

Quindi la transizione tecnologica in atto, non ci può venire in aiuto? Forse sì, ma deve essere pensata, programmata, scelta. Il Pnrr, anche nel suo attuale ripensamento, può essere una risorsa importante, in particolare sulle spese in conto capitale. Tuttavia, se queste non saranno accompagnate da una

riorganizzazione coraggiosa del sistema, questi investimenti rischiano divenire addirittura dannosi oltre che inutili. **Serve uno sguardo d'insieme e di lungo periodo, sguardo che potremmo identificare come programmazione, non intesa come mero esercizio finanziario, ma bensì come pianificazione del percorso, analisi e proiezione dei bisogni, ri-definizione dei modelli di cura ed organizzativi, presa in carico, collaborazione pubblico-privato, finanziamento.** Sono questi i temi centrali del prossimo Congresso Sihta: Hta è Programmazione-Azione a cui il Direttivo Sihta sta lavorando.

Come ogni anno l'obiettivo è porre all'attenzione di un pubblico multidisciplinare e attento il tema della Hta, declinata nei vari contesti decisionali. Quest'anno il focus, in ragione di quanto sovraesposto, sarà appunto rivolto all'analisi del Sistema e alle necessarie scelte riorganizzative, alla luce dell'avanzamento della tecnologia e delle complesse transizioni in atto, con una visione a 360 gradi, come richiesto dal paradigma fondante della Hta.

**“ GLI EDIFICI, GLI STRUMENTI, GLI ALGORITMI, IL SOFTWARE VARIO DEVONO ESSERE TECNOLOGIE ABILITANTI DI UN MODELLO DI CURA E NON IL DRIVER ”**

# Questo è il momento per evolvere

**In passato la cooperazione è stata in qualche maniera relegata a manovalanza del sistema pubblico. Oggi spetta proprio al Terzo Settore rivendicare in senso proattivo uno scatto di evoluzione**

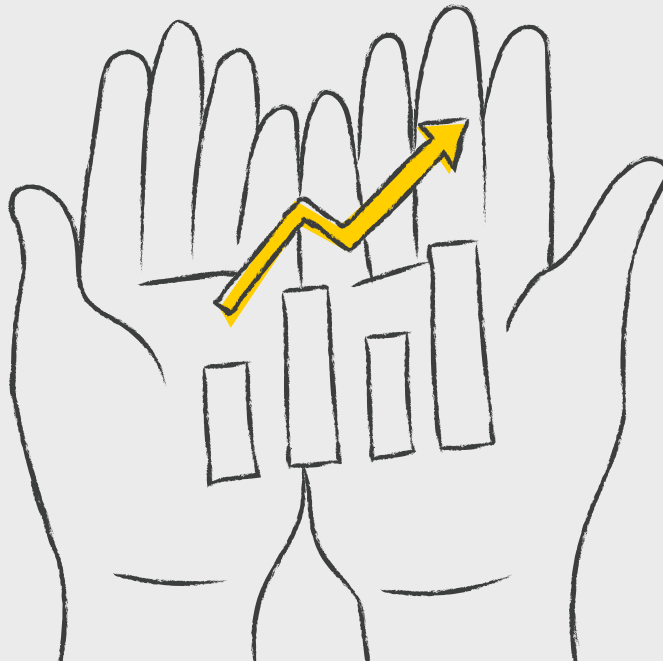
di GIUSEPPE MARIA MILANESE

**N**on è più soltanto una questione di assetto del Servizio Sanitario Nazionale e quindi del futuro del sistema della salute italiano. E non è più soltanto il modo per colmare adeguatamente le crepe lasciate in tutta evidenza dalla tempesta perfetta della pandemia. Sulla realizzazione – concreta, efficace – dell’assistenza primaria si gioca la stessa tenuta sociale del Paese. Si tratta, quindi, di una vertenza capitale: di quelle che, se risolte, consentono il progresso; e se disattese scavarano nello sprofondo. La fase è dunque cruciale, tanto che il Terzo Settore deve sentirsi chiamato ad

una prova inedita nella sua storia. La Carta costituzionale aveva enucleato ruolo e funzioni della cooperazione nell’azione sussidiaria alle diverse articolazioni statuali. Nel corso dei decenni, tuttavia, coinvolta più spesso nelle emergenze o obtorto collo, la cooperazione è stata in

qualche maniera relegata a manovalanza del sistema pubblico. Oggi spetta proprio al Terzo Settore rivendicare in senso proattivo uno scatto di evoluzione: che significa tanto codificare la disponibilità ad una piena alleanza orizzontale, quanto declinarne la responsabilità.

Se si parla di cooperazione sociosanitaria è una impresa enorme, poiché all’obiettivo immediatamente necessario di progettare continuum assistenziali che offrano risposte efficaci e innovative ai bisogni delle persone, occorre affiancare una riprogrammazione – parallela e profonda – di quelle che mi piace definire “le 3C” (comportamenti, competenze, conoscenze). Mi riferisco evidentemente ad un lavoro vero e proprio di qualificazione del Terzo Settore attraverso l’assunzione di comportamenti in linea con il tempo nuovo, l’acquisizione di un bagaglio di competenze al passo con il nuovo tempo, l’edificazione di un sistema di conoscenze funzionale al tempo in cui siamo già immersi. Ho letto, a ruota e quasi casualmente, due libri solo apparentemente diversi, uno edito nelle scorse settimane (“Michele Ferrero. Condividere valori per creare lavoro”, S. Giannella), l’altro nel 2020 (“L’impresa come sistema vivente”, M. Mercati). Il primo è la biografia del fondatore della Ferrero e quindi l’affascinante narrazione di una delle storie imprenditoriali italiane più

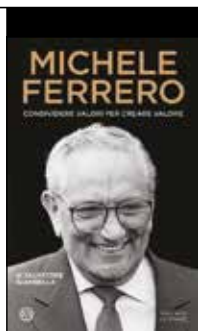


di successo al mondo; il secondo è la tesi vorrei dire: ideologica dell'Ad di Aboca, azienda leader nel mercato degli integratori alimentari naturali.

**Ambedue i volumi restituiscono, mantenendo le debite differenze, la visione di una impresa responsabile possibile, da cui desumere – nel distillato non è rilevante che si tratti di esperienza del capitale o di impresa sociale – un modello esemplare che sappia generare a sistema lavoro dal lavoro e valore dal valore.**

Mi azzardo ad andare oltre: se la cooperazione socio-sanitaria ha intenzione di affermare il proprio protagonismo, se cioè intende competere ad armi pari in una dimensione "glocal", globale e locale insieme, da un lato affacciandosi al mondo e dall'altro battendo i territori, allora questo è il momento per evolvere, anche mutuando competenze imprenditoriali e manageriali e saperi da dimensioni distinte e distanti per innestarli sulla propria storia e adattarli alla propria mission.

La sfida non è quella, annosa, di cambiare per resistere un passo alla volta o sopravvivere, ma di cambiare per contribuire alla salvezza del Paese insieme e alla pari con i tanti soggetti di buona volontà di cui l'Italia è capace.



## MICHELE FERRERO. CONDIVIDERE VALORI PER CREARE VALORE

di Salvatore Giannella

Salani Editore/Collana Le stanze - pp.288

**La prima biografia dell'uomo simbolo dell'eccellenza italiana: l'inventore della Nutella. Le intuizioni geniali, la visione internazionale, la capacità di ascoltare gli altri. L'attenzione certosina alla qualità dei prodotti, alle esigenze dei consumatori, al benessere dei dipendenti.** L'invenzione di sistemi di produzione innovativi. L'amore per la famiglia e per la sua terra. La grande riservatezza e l'umiltà. La cura verso i valori umani, la responsabilità sociale. Michele Ferrero – il papà della Nutella e di decine di altre delizie amate in ogni angolo del pianeta – è stato non soltanto uno dei più grandi imprenditori italiani. È stato l'artefice di un modo di fare impresa che ha messo al centro la persona, secondo il motto 'lavorare, creare, donare'. Ha imparato le basi artigiane dal padre Pietro, l'importanza dell'organizzazione commerciale dallo zio Giovanni, il senso dell'azienda dalla madre Piera, che negli anni Quaranta riuscirono a trasformare una pasticceria di Alba in una fabbrica. Subentrato al padre, scomparso prematuramente nel 1949, ha guidato l'azienda – con il sostegno costante della moglie Maria Franca – verso una crescita esponenziale. La Ferrero ha varcato i confini nazionali fino a diventare, anno dopo anno, una delle aziende più importanti e più apprezzate a livello globale. Un vero mito.



## L'IMPRESA COME SISTEMA VIVENTE

Una nuova visione per creare valore e proteggere il futuro

di Massimo Mercati

Aboca Edizioni - pp. 160

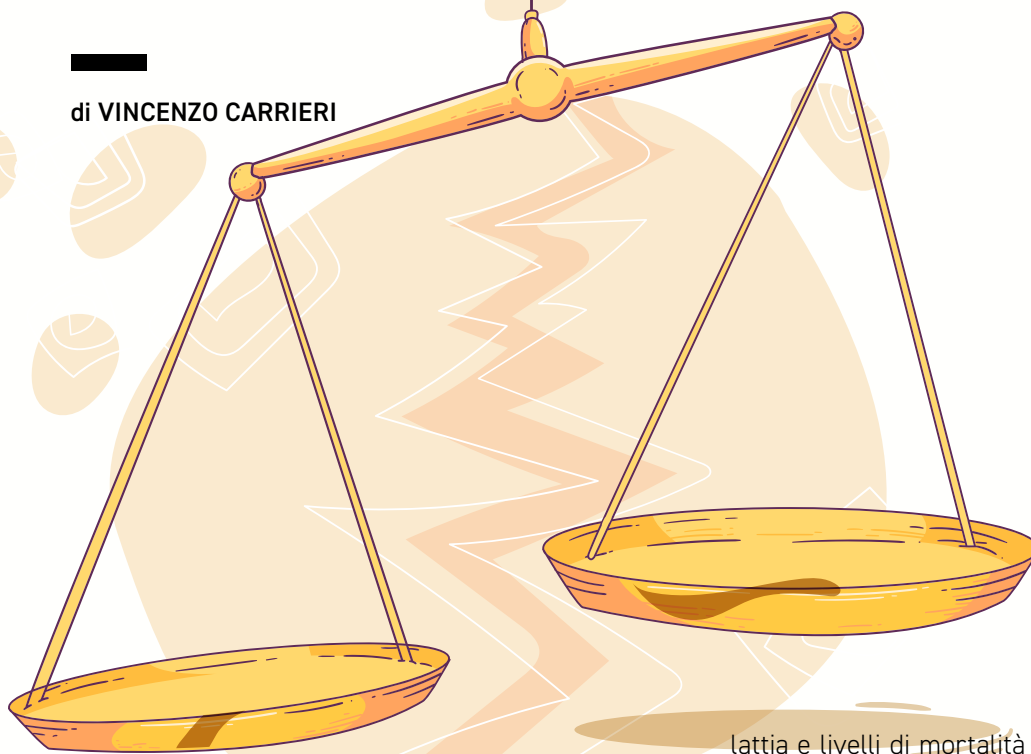
**Considerare l'impresa come un sistema vivente permette di rileggere la realtà aziendale in profondità. È una visione che rende l'impresa fortemente interdipendente dal contesto in cui agisce, una comunità tra le comunità che non può più esistere in modo autoreferenziale e diventa creatrice di valore solo quando svolge appieno la sua funzione economico-sociale.** Un valore che non si esaurisce nella realizzazione del profitto, ma si estende all'impatto sull'ambiente e sulla società attraverso la crescita culturale di tutti i membri dell'azienda, uniti dall'idea di operare insieme nella direzione del bene comune. Questa è la proposta che Massimo Mercati, amministratore delegato di Aboca, sta portando avanti attraverso l'azienda di famiglia. Grazie alla sua esperienza sul campo e a un percorso di studi che lo ha portato a indagare a fondo il rapporto tra uomo e natura, Massimo Mercati ha esteso la visione sistemica della vita alla dimensione dell'impresa intesa come organizzazione sociale. Così concepita, l'impresa diventa un progetto di vita in cui non si possono più distinguere due morali, una per il lavoro e l'altra per la vita privata. Ma affinché questo sia possibile l'imprenditore dovrà identificare i valori di fondo della propria organizzazione e dividerli, in modo che si affermino come punti di riferimento concreti, capaci di guidare realmente le azioni di tutti coloro che ne fanno parte.



# Perché non si applica la conoscenza?

L'esistenza di un "gradiente" socio-economico in salute è uno dei risultati forse più robusti della ricerca sociale. **Disuguaglianze socio-economiche e finanziamento della sanità in Italia**

di **VINCENZO CARRIERI**



In una recente intervista, il celebre epidemiologo Michael Marmot ha addirittura sostenuto che lo status socio-economico sia ormai diventato il principale fattore di rischio

delle malattie, dunque anche sopra ogni altro fattore biologico e genetico. Una vasta mole di letteratura interdisciplinare dimostra infatti come le persone più benestanti abbiano un'incidenza, un carico di ma-

lattia e livelli di mortalità significativamente inferiori rispetto alle persone meno agiate. Disuguaglianze di salute sono state riscontrate a livello individuale e di comunità, in paesi sviluppati, non sviluppati ed in via di sviluppo. No-

nostante il miglioramento delle condizioni medie di salute, le disuguaglianze di salute non si riducono nel tempo ed anzi si ampliano. Sono presenti sia in paesi con copertura sanitaria universale che con assicurazioni volontarie.

Alla luce di ciò, non è sorprendente constatare che anche nel nostro Paese le disuguaglianze di salute sono intense e preoccupanti. Ciò che però caratterizza la situazione italiana in maniera peculiare è l'esistenza di un divario territoriale di salute tra l'area più ricca del Centro-Nord e quella meno sviluppata economicamente del Mezzogiorno. In base agli ultimi dati Istat riferiti al 2021, la speranza di vita delle donne alla nascita è di 3 anni superiore in Trentino rispetto alla Campania (85.89 vs 82.87), mentre se si considera la speranza di vita in buona salute le differenze ammontano addirittura ad 11 anni tra il Trentino e la Calabria (66.6 vs 55.14). Queste differen-



ze sono spiegate sia da un effetto compositivo, ovvero maggiore concentrazione di persone povere, poco istruite e senza reti sociali di supporto al mezzogiorno, ma anche ad un effetto di contesto, visto che gli effetti negativi dello svantaggio socio-economico sembrano più pronunciati nel Mezzogiorno che altrove.

Qualsiasi sia la causa, è evidente che esiste un gap di salute tra individui ricchi e poveri che spesso si traduce in Italia con una differenza di salute legata al luogo di residenza che ha ripercussioni rilevanti sia in termini di politiche redistributive che sanitarie. **Tuttavia, non c'è ancora un esplicito e sufficiente riconoscimento del rischio di salute connesso alle condizioni socio-economiche in Italia né per ciò che riguarda le politiche sanitarie né le politiche economiche.** La prova plastica di ciò è che solo l'anno scorso si è deciso di affiancare al criterio della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età, l'indice di deprivazione socio-economica dei territori – che tiene conto di povertà relativa individuale, livello di scolarizzazione, tasso

di disoccupazione- nella metodologia di riparto del Fsn tra le regioni. **L'introduzione di tale criterio nel riparto è troppo tardiva ed ancora insufficiente per una serie di motivi.**

Innanzitutto, la letteratura scientifica ci dimostra chiaramente che la deprivazione comporta un doppio svantaggio, ovvero sia maggiore morbilità che maggiore inefficienza nell'uso degli inputs sanitari, si legga minore aderenza alle terapie e capacità di interpretare correttamente i consigli medici. Ciò implica che oltre ad un maggiore probabilità di ammalarsi, sia mediamente più costoso curare individui in condizioni socio-economiche peggiori se si vuole ridurre il gap di salute tra gli individui. Ciò avrebbe significato maggiori risorse pro-capite al Sud mentre è avvenuto l'esatto opposto, o al massimo le stesse risorse pro-capite. **L'esperienza dei piani di rientro in tal senso è stata ulteriormente penalizzante con effetti anche di aumento della mortalità evitabile al Sud come riscontrato da studi recenti.** Secondariamente, una delle pezze spesso utilizzate per far fronte ai buchi, è stata forse anche

**I divari di salute sono particolarmente preoccupanti quando sono così legati allo status sociale, poiché i fattori economici e culturali influenzano direttamente gli stili di vita e condizionano la salute delle future generazioni.**

Un tipico esempio è rappresentato dall'obesità, uno dei più importanti fattori di rischio per la salute futura, la quale interessa il 14,5% delle persone con titolo di studio basso e solo il 6% dei più istruiti. Anche considerando il livello di reddito gli squilibri sono evidenti: l'obesità è una condizione che affligge il 12,5% del quinto più povero della popolazione e il 9% di quello più ricco. I fattori di rischio si riflettono anche sul contesto familiare, infatti il livello di istruzione della madre rappresenta un destino per i figli, a giudicare dal fatto che il 30% di questi è in sovrappeso quando il titolo di studio della madre è basso, mentre scende al 20% per quelli con la madre laureate.

*Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*

peggiore del buco stesso, visto che il meccanismo automatico dell'aumento dei ticket, per loro natura regressivi, ha significato di finanziare una parte dei disavanzi prelevando in misura maggiore- in proporzione al reddito- agli individui meno benestanti e spesso più malati (al netto delle esenzioni su quelli più poveri).

In questo quadro, lo schema di autonomia differenziata che si prospetta non sembra imparare dagli errori, visto che teorizza la presenza di costi e fabbisogni standard che non possono essere tali se non si riconosce esplicitamente la condizione di deprivazione economica come fattore di rischio in ogni ambito

delle politiche sociali, non solo la sanità. **L'esperienza inglese di ripartizione dei fondi del National Health Service (Nhs) tra le aree riconosce esplicitamente la deprivazione socio-economica tra i fattori di rischio nella stima dei modelli di utilizzo dei consumi sanitari ed attribuisce una quota del fondo esclusivamente alla riduzione delle disuguaglianze di salute tra i territori attribuendo di conseguenza maggiori risorse pro-capite alle aree più svantaggiate.** Come suggerisce il premio Nobel per l'economia Angus Deaton (2013), l'applicazione della conoscenza tramite l'azione pubblica è stata alla base della Grande fuga che ha compiuto la società occidentale verso il progresso. Si tratta ora di applicare la stessa conoscenza per non lasciare nessuno indietro.

**“ LO SCHEMA DI AUTONOMIA DIFFERENZIATA CHE SI PROSPETTA NON SEMBRA IMPARARE DAGLI ERRORI ”**



# DONARSI ALLA SCIENZA

La donazione del proprio corpo e dei propri tessuti post mortem per fini di studio, formazione e ricerca rappresenta un gesto dall'alto valore simbolico ed etico, espressione di valori civili fondamentali. **Una scelta solidale e consapevole**

di MARCO ANNONI

La donazione del corpo post mortem per fini di studio e ricerca è compatibile con la donazione di organi, tessuti e cellule. Nel caso una persona abbia espresso il proprio consenso a entrambi i tipi di donazione la priorità sarà data alla donazione per fini di trapianto. Per maggiori informazioni è possibile reperire i materiali informativi sul sito di Fondazione Umberto Veronesi [www.fondazioneveronesi.it](http://www.fondazioneveronesi.it) oppure del Ministero della Salute [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Il 10 febbraio 2020 è stata approvata la legge 10/2020 "Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica".

Grazie a questa legge anche in Italia è finalmente divenuto possibile donare il proprio corpo e i propri tessuti alla scienza dopo la propria morte, sostenendo la formazione dei medici e degli specialisti, la ricerca scientifica e, quindi, la salute pubblica e l'avanzamento della conoscenza.

La necessità di una nuova legge in materia di donazione del corpo e tessuti post mortem era stata più volte evidenziata nel corso delle precedenti Legislature da esperti di bioetica e biodiritto, professionisti sanitari, associazioni di categoria, nonché dalle stesse istituzioni competenti.

Sotto diversi aspetti, la legge 10/2020 rappresenta quindi un importante passo in avanti, poiché amplia la sfera delle libertà e dei diritti di tutti i cittadini, consentendo a chi lo desidera di donare il proprio corpo alla scienza e alla formazione medica all'interno di un percorso chiaro, trasparente e univoco, nonché favorendo studi e ricerche in linea con quanto già avviene in altri Paesi.

Come evidenza un recente parere congiunto del Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi e della

Commissione per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Cnr, diverse ragioni possono giustificare la donazione del proprio corpo post mortem alla scienza.

La prima riguarda i benefici per la formazione medica e la ricerca scientifica. In Italia, prima della legge 10/2020, la formazione medica che prevedeva la dissezione anatomica era di fatto impossibile o comunque limitata a pochissime realtà sul territorio nazionale (con qualche decina di donazioni a fronte, ad esempio, delle oltre 3000 in Francia). La disponibilità di corpi e tessuti post mortem può inoltre avere molteplici ricadute positive sul progresso conoscitivo in ambito biomedico e scientifico. I corpi possono essere utilizzati, ad esempio, per sviluppare e testare nuove tecniche chirurgiche, mentre i campioni possono consentire di condurre una serie di ricerche che, al momento, sono fortemente limitate dalla scarsa disponibilità di campioni – come, ad esempio, nel caso delle patologie che interessano i tessuti cerebrali.

**Esistono poi altre ragioni di tipo etico.** La prima riguarda la solidarietà. Chi dona il proprio corpo e i propri tessuti, infatti, compie un

atto rivolto agli altri e al loro bene senza avere più possibilità di godere in modo diretto dei benefici. In questo senso, la donazione post mortem è un atto davvero altruistico e solidale perché finalizzato principalmente al bene degli altri, specialmente di chi avrà bisogno di aiuto. In modo complementare, una seconda motivazione etica si ispira a considerazioni di giustizia. Tutte le persone che oggi sono in vita e – soprattutto nei Paesi più sviluppati –, “devono qualcosa” a quanti hanno prima di loro partecipato alla ricerca scientifica. Ciò potrebbe motivare a voler “restituire” almeno in parte i benefici e i bene ricevuti dalla collettività, mettendo a sua volta il proprio corpo a disposizione degli altri.

**Nello specifico, la legge 10/2020 stabilisce tre punti importanti.**

**Il primo riguarda il rapporto tra la donazione e il consenso della persona donatrice.** La legge sancisce, infatti, che sono utilizzabili a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica solo il corpo e i tessuti di coloro “che hanno espresso in vita il loro consenso”. Tale consenso deve essere espresso mediante

**Avere o avere avuto delle patologie prima del decesso non compromette la donazione del corpo post mortem per fini di studio e ricerca.** Anzi, in alcuni casi il fatto di aver avuto alcune patologie può rappresentare un valore aggiunto per la propria donazione. Per esempio, attraverso la donazione post mortem, una persona affetta da una patologia rara può contribuire in modo concreto e significativo ad avanzare la ricerca scientifica su tale patologia, aumentando le possibilità di riuscire a trovare cure efficaci.

un'apposita dichiarazione. Nel caso della donazione post mortem, quindi, non può mai vigere la regola del “silenzio assenso”, ma è possibile utilizzare il corpo e i tessuti solo chi ha espresso in vita il proprio esplicito consenso.

**Il secondo punto riguarda la nomina di un “fiduciario”,** e cioè di una persona di fiducia cui spetterà l'onere di comunicare l'esistenza del nostro consenso alla donazione e di interloquire con il medico che accerterà il decesso. A differenza di quanto previsto per le Dat, però, nel caso della donazione del corpo post mortem la legge prevede che la nomina del fiduciario sia obbligatoria e non sola facoltativa. Quindi, per donare il proprio corpo alla scienza, non è sufficiente compilare la propria dichiarazione, ma occorre sempre anche indicare almeno un “fiduciario”. **Infine, l'art. 6 disciplina le**

**modalità di restituzione del corpo.** Secondo la legge 10/2020, le istituzioni che prendono in carico il corpo hanno l'obbligo di procedere alla sua restituzione entro dodici mesi dalla data di consegna, accertandosi che esso sia in condizioni dignitose. Tutti gli oneri per il trasporto del corpo dal momento del decesso fino alla sua restituzione, nonché l'eventuale tumulazione o cremazione, sono interamente a carico delle istituzioni competenti.

Purtroppo, sebbene esista già legge, al momento mancano ancora i decreti attuativi senza i quali non è di fatto possibile dare corso alle volontà di chi desidera compiere questa forma di donazione.

La speranza, espressa con forza sia dal Comitato Etico della Fondazione Veronesi che dalla Commissione di Etica del Cnr, è che questo vuoto normativo sia colmato al più presto, per il bene di tutti e della ricerca scientifica.

La donazione del corpo a fini di ricerca è, infatti, un “ultimo dono” – bello, concreto e importante – che tutti coloro che lo desiderano dovrebbero poter fare agli altri e alle generazioni future

“UNA DISCIPLINA AD HOC SULLA DONAZIONE POST MORTEM DEL CORPO ALLA SCIENZA NON È SUFFICIENTE, OCCORRE L'IMPLEMENTAZIONE DELLA LEGGE 10/2020”



# FORZE CENTRIFUGHE

Stabilire una priorità di prestazioni di provata efficacia clinica erogate nell'ambito del nostro **Ssn e regolamentare il mercato privato perché diventi pienamente integrativo e disponibile.**  
Percorso in salita, complesso ma obbligato

—  
di ALICE BASIGLINI

La spesa sanitaria pubblica italiana è storicamente incoerente rispetto alla vocazione universalistica del nostro sistema sanitario: il suo rapporto in relazione al Pil, al di sotto della media dei Paesi Ocse e G7 prima e durante l'urto pandemico, è tutt'oggi considerevolmente distante dai riferimenti.

Parliamo di una percentuale che, nel 2019, era del 6,4%, a fronte del 7,6% e del 9,1% rispetto ai gruppi citati; nel 2020, primo anno di pandemia, è aumentato al 7,4%, contro, però, l'8,4% e il 10,5% dei Paesi Ocse e G7. Le previsioni di spesa per il quinquennio successivo sono addirittura peggiorative: nel 2023 la spesa in rapporto al Pil previsto si attesterà su un valore di 6,4%, per diminuire al 6,3% del 2024 e, ulteriormente, al 6,2% nel 2025 e 2026.

È sulla base di queste risorse finanziarie - sistematicamente riviste al ribasso - che il Ssn è chiamato ad affrontare una domanda crescente di prestazioni dovuta a più fattori concomitanti: il progressivo invecchiamento della popolazione, le nuove progettualità previste dal Pnrr e il fenomeno cronico dei tempi d'attesa, esasperato dal blocco di prestazioni in fase pandemica e post-pandemica.

Non solo, infatti, nel 2021 non si riscontra il recupero

## 1 Blocchi/rimandi di prestazioni (interventi/diagnosi di livello serio-grave): esperienza dei pazienti con e senza esperienza di contagio

	2021		2022	
	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid
Analisi di laboratorio	42,6	70,9	51	36,4
Accertamenti diagnostici (come RX, TAC, RM, ecc.)	59	78	72,8	65,8
Visite specialistiche	79,9	91,7	65,7	70,9
Accesso a terapie periodiche/ controlli obbligatori	57,4	95,5	89,4	96,7
Prestazioni in day service (di tipo medico ambulatoriale)	44,5	91,4	61,5	96
Prestazioni in day service (di tipo chirurgico ambulatoriale)	95,1	89,6	97,7	93,2
Ricoveri per cure	80,2	91,8	85,5	81
Ricoveri per interventi chirurgici programmati	17,4	70,4	35,9	83,9
Altro	62,9	100	-	7,4

ro atteso delle prestazioni mancate durante la fase più acuta dell'emergenza Covid ma - nonostante una ripresa rispetto al 2020 - i volumi di attività non sono tornati ai livelli pre-pandemici né per le prestazioni programmate né per quelle urgenti.

È il long covid del Ssn: un sistema che fatica a tornare sui livelli pre-pandemici per le prestazioni urgenti (-13%), per l'attività elettiva (-16%) e per la specialistica ambulatoriale (dal -70% della Basilicata al -4% della Toscana, passando per il -41% della Lombardia).

Una patologia che si abbatte su un settore - quello della salute in Italia - che è alle prese con due problemi.

Da un lato, un contesto nel quale la componente di diritto pubblico del Ssn è al massimo della sua capacità produttiva - al punto

che non è neppure riuscita ad utilizzare tutte le risorse aggiuntive, stanziare in Legge di Bilancio 2022 e destinate alla riduzione delle liste d'attesa.

Dall'altro, una situazione nella quale la componente di diritto privato ha potenzialità di erogazione inespresse, mortificate dalla politica dei tetti di spesa, ossia budget fissati dieci anni fa con la Spending Review, che ha imposto alle Regioni un limite massimo per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera dal privato accreditato.

È questa l'amara sintesi delle analisi contenute nel 20° Rapporto Ospedali&Salute, promosso da Aiop, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata e realizzato dalla società Ermenia, Studi & Strategie di Sistema.

Alle misurazioni elaborate

a partire dai flussi informativi correnti, si affianca l'indagine annuale condotta su un campione di 4.020 individui, rappresentativo della popolazione adulta italiana: le conclusioni sono sovrapponibili.

**1 Nel 2022, il 73% degli intervistati senza esperienza di contagio e il 66% di quelli con una o più esperienze Covid hanno dovuto sostenere blocchi o rimandi di prestazioni diagnostiche per patologie di gravità medio-alta.**

Rispetto ai due sottogruppi - mai contagiati e contagiati - ostacoli all'accesso e procrastinazioni per terapie periodiche e controlli obbligatori sono stati sperimentati, rispettivamente, nel 89% e 97% dei casi.

**2 Dall'indagine emerge che - come risposta alle**



**“ LA COMPONENTE DI DIRITTO PRIVATO HA POTENZIALITÀ DI EROGAZIONE INESPRESSE ”**

## 2 Comportamento degli intervistati rispetto ai blocchi/rimandi di prestazioni (interventi/diagnosi di livello serio-grave): esperienza dei pazienti con e senza esperienza di contagio

	2021		2022	
	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid	Senza esperienza Covid	Con esperienza Covid
Mi sono rivolto al mio medico di famiglia	25,3	12,6	13,6	15,2
Ho provato a prenotare nuovamente le prestazioni rivolgendomi alle strutture sanitarie ma queste non erano pronte a rispondere con le prestazioni	9,9	29,7	49,8	21,3
Sono stato richiamato dalle strutture sanitarie che autonomamente hanno preso contatti con me	5,4	4,9	2,8	9,4
Mi sono rivolto a professionisti/strutture/cliniche di tipo privato a pagamento	7,8	20,5	12,7	28
Mi sono rivolto a professionisti/strutture ospedaliere chiedendo prestazioni a pagamento all'interno delle strutture pubbliche (Intramoenia a pagamento)	51,3	41	8,6	31
Mi sono rivolto al Pronto Soccorso	49,1	11,8	50,8	7,1
Ho deciso di non rivolgermi al Pronto Soccorso per il timore di possibili contagi	1,7	8,1	0,4	9,7
Ho rimandato le prestazioni	8,8	15,3	6,1	17
Ho rinunciato alle prestazioni	4,8	5,3	4,6	3,9

liste d'attesa - nel 2022, il 28% degli intervistati con almeno un episodio Covid e il 13% di quelli mai contagiati si sono rivolti al privato puro; mentre alle prestazioni a pagamento all'interno delle strutture pubbliche (intramoenia), hanno rispettivamente fatto accesso il 31% e il 9% degli intervistati. Tempi di attesa incongrui con la gravità e complessità del quesito diagnostico o della diagnosi rappresen-

tano uno degli elementi di maggiore iniquità, dal momento che determinano una divaricazione tra coloro che possono rivolgersi al mercato delle prestazioni sanitarie - al di fuori del Ssn - e coloro che, per ragioni economico-sociali, non possono ricorrere alla spesa out-of-pocket. Per questi ultimi l'alternativa è tra un'attesa suscettibile di compromettere, in tutto o in parte, il proprio stato di salute e la rinuncia alle

cure. L'andamento dell'out-of-pocket italiano - che storicamente rappresenta circa 1/5 della spesa sanitaria totale - è in progressiva crescita dai 37,3 miliardi di euro del 2017 al 38,4 del 2019 fino al 38,5 del 2021. Quando si parla di sanità pubblica bisognerebbe partire dalla constatazione che l'Italia è il paese con una spesa privata tra il 20% e il 25%, declinata in forma di pay as you go, senza

intermediazione e senza condivisione del rischio: la forma più discriminatoria di finanziamento sanitario. In Germania l'out of pocket è del 12%, in Francia del 9%, in Usa del 10%, in Uk del 12,5%.

**Quanto si sta profilando in modo evidente è un doppio binario di accesso alle prestazioni e un impoverimento della tutela pubblica non solo nel contenuto, ma nella stessa giustificazione alla base della contribuzione economica al Ssn. Si tratta di una deriva pericolosa soprattutto in termini di tenuta del patto sociale. Per preservare l'equità della tutela pubblica occorre sostituire la divaricazione sulla base della disponibilità economica con una coraggiosa selezione dei servizi da includere nei livelli essenziali di assistenza da garantire - davvero! - su tutto il territorio.**

Stabilire, in altri termini, una priorità di prestazioni di provata efficacia clinica erogate nell'ambito del nostro Ssn e, contestualmente, regolamentare il mercato privato - l'unico in grado di liberare nuove risorse e investimenti - perché diventi pienamente integrativo e disponibile anche a coloro che oggi ne sono, di fatto, esclusi.

Si tratta di un percorso complesso, ma anche di una strada obbligata.

**“ I VOLUMI DI ATTIVITÀ NON SONO TORNATI AI LIVELLI PREPANDEMICI ”**

# fleexi

## Soluzioni flessibili di sanità digitale

Fleexi.health: la **Digital Health Platform** che permette di costruire e personalizzare soluzioni di prevenzione, cura e welfare aziendale, adattabili ad ogni esigenza.

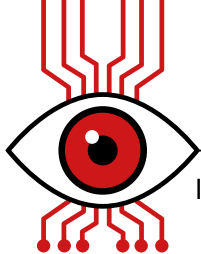
La **mission di Fleexi** è trasformare il **Patient Journey**, oggi prevalentemente fisico, in un modello Phigital, personalizzato e flessibile tramite un'esperienza utente coinvolgente e ibrida in grado di superare la frammentazione degli attuali sistemi di cura e prevenzione.



**the digital  
patient journey.  
reimagined.**

Fleexi.health: la **Digital Health Platform**  
che semplifica le soluzioni di cura

**www.fleexi-care.com**  
info@fleexi-care.com



# Tempestività e sicurezza

Uno studio del Cnr conferma l'efficienza e la qualità del trasporto di sangue ed emoderivati tramite Droni volanti. **Ideato un contenitore intelligente progettato appositamente per questo tipo di trasporti**

di A. PIRRI, F. NIGLIO, G. TORTORA



Uno studio del Cnr di Firenze, in collaborazione con la spin off del Sant'Anna ABzero e la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, nonché la Asl Toscana NordOvest, ha validato l'integrità biologica dei campioni ematici trasportati tramite un contenitore intelligente per velivoli autonomi. Sangue ed emocomponenti sono beni preziosi ed altamente deperibili: la loro disponibilità sicura ed immediata garantisce la salvezza delle centinaia di pazienti che ogni giorno sono sottoposti a trasfusioni per necessità mediche, per

patologie, per operazioni chirurgiche o per trapianti. Si tratta di materiali non riproducibili in laboratorio, bensì provenienti dalle uniche donazioni dei volontari e per questo particolarmente preziosi. Il loro trasporto, tra reparti ospedalieri, centri trasfusionali e poli di lavorazione rappresenta un fase altamente rischiosa per l'integrità di tali elementi che, nelle lunghe attese del trasporto su strada, sono soggetti a un deperimento che ne determina troppo spesso la definitiva compromissione ed il conseguente scarto. Per queste ragioni da alcuni anni il settore della logistica biomedica mediante velivoli a guida autonoma, i.e. droni, sta prendendo sempre più piede in diversi distretti sanitari, mentre sperimentazioni analoghe sono state recentemente attivate attive in Usa e in Francia.

**Ma quanto è sicuro il trasporto di sangue e materiali biologici attraverso i droni?** Ci sono rischi per la salute dei pazienti nell'utilizzo di prodotti condotti con tali mezzi? In Italia, la possibilità di ridurre drasticamente i costi ed i tempi di consegna di beni salvavita, quale sangue, medicinali e organi tra i centri di raccolta ed i poli di lavora-

“ LA PERFORMANCE DEL SISTEMA È STATA MISURATA DURANTE LO SVOLGIMENTO DI OTTO MISSIONI DI VOLO ”





**I PRIMI VELIVOLI SENZA PILOTA (Uav), comunemente chiamati droni, sono stati utilizzati per attività civili (es. drone cargo) nel 2014. Negli ultimi anni, il loro utilizzo è aumentato in modo significativo, ad esempio, in ambito umanitario e sanitario, nonché nelle emergenze ambientali dovute ai cambiamenti climatici (incendi, tempeste, frane, ecc.).**

Oggi, in tutti i Paesi, la Protezione Civile impiega i droni per le operazioni di ricerca e soccorso in caso di calamità naturali: ogniqualvolta le aree da monitorare sono pericolose per l'incolumità dei soccorritori. Uno dei vantaggi più importanti dei droni è la capacità di superare, nelle aree urbane, il traffico automobilistico riducendo i tempi di consegna con un risparmio economico o di raggiungere aree rurali dove l'accesso di ambulanze o auto è estremamente difficile a causa della scarsità di vie di comunicazione. Questa funzione ha attivato l'uso di droni medici. È noto che in alcune situazioni di emergenza, l'intervento tempestivo degli operatori sanitari è essenziale per prevenire la morte del paziente. Nisingizwe et al. Hanno chiaramente dimostrato che, esaminando oltre 12.000 consegne di emoderivati da droni a 20 ospedali in Ruanda in circa 32 mesi, i tempi di consegna sono diminuiti in modo significativo (circa il 30%) e si è verificata una riduzione del 67% delle scadenze di emocomponenti a 12 mesi. Di conseguenza, i sistemi di consegna basati su droni si traducono in un utile sistema di trasporto alternativo rispetto al trasporto su strada. Vale la pena notare che il trasporto aereo (aereo o elicottero) di emoderivati è da tempo un'alternativa, utilizzata soprattutto nei paesi in via di sviluppo per situazioni di emergenza o calamità.

Fonte: rivista "Drones" <https://www.mdpi.com/2504-446X/6/8/195>

zione o gli ospedali, potrebbe rivelarsi una scelta strategica, soprattutto in quei territori dove la problematica della mobilità urbana incide in modo rilevante sulle tempistiche di consegna, e di conseguenza sull'integrità e l'utilizzo immediato di beni altamente deperibili, ma anche per ragioni di efficienza economica legati al sistema di trasporto questi di materiali.

Tra le varie realtà che si stanno cimentando nella risoluzione di questa esigenza, la spin off del Sant'Anna ABzero, incubata presso il Polo Tecnologico di Navacchio, ha ideato un contenitore intelligente progettato appositamente per questo tipo di trasporti.

Nello specifico, la capsula sensorizzata, disegnata per il trasporto di sangue ed emocomponenti, nel pie-

no rispetto delle normative Un3373 e delle direttive 2002/98/Ec, è stata sviluppata in modo da poter monitorare in tempo reale le condizioni dei materiali, rilevando temperatura, umidità, pH ed emolisi, ed attivando procedure di allerta e di risposta in caso di necessità.

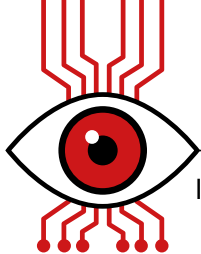
**L'effettivo controllo della qualità dei beni così condotti sono stati recentemente oggetto di studio del team di ricerca composto dagli ideatori del dispositivo, del quale è stata validata l'efficacia in seguito ad una serie di esami di laboratorio e sul campo.**

Lo studio ha verificato un'adeguata la stabilità termica in diverse condizioni di applicazione, quali variabilità meteorologica, situazioni di accelerazione/ decelerazione, differenti altitudini di trasporto ed in scenari urbani. La seconda parte di test è stata incentrata sul monitoraggio dell'integrità dei globuli rossi nei campioni di sangue, prima e dopo il volo, mediante esame emocromocitometrico e test di emolisi, ad inizio e fine missione, dimostrando che non si sono realizzate variazioni significative della composizione delle cellule. Infine l'efficacia dell'intero sistema è stato validato secondo le procedure Hfmea, (Healthcare Failure Mode and Effect Analysis method) per identificare i parametri

che possono invalidare la sicurezza del volo, riportando come unico vero fattore critico di rilievo il software di controllo dell'operazione, attualmente in una fase di implementazione di nuovi meccanismi di protezione contro gli attacchi informatici.

La performance complessiva del sistema è stata misurata durante lo svolgimento di otto differenti missioni di volo, di circa 13 minuti di durata ciascuna, e coprendo una distanza totale di 105 km di volo per complessive 39 ore di volo. In conclusione, lo studio ha dimostrato che lo sviluppo di una capsula dotata di intelligenza artificiale (Ai), che può essere facilmente montata su un drone, è in grado di preservare le condizioni termiche dei prodotti trasportati, in tutte le condizioni di volo (diverse altitudini, velocità), mentre i test chimici hanno confermato l'integrità dei campioni prima e dopo le operazioni di trasporto aereo.

Attraverso il sistema analizzato è possibile affermare che, in prospettiva, **i droni possono rappresentare un'evoluzione dell'attuale posta pneumatica all'interno degli edifici ospedalieri, nonché un sistema alternativo di consegna di materiale biologico pericoloso dai reparti ospedalieri ai laboratori in caso di crisi sanitarie o pandemiche.**



**Un progetto di telemedicina, nato in epoca Covid, diventa uno strumento di screening riconosciuto a livello internazionale e utilizzato anche oggi per individuare i segnali precoci di autismo in bambini dai 18 ai 30 mesi di vita**

# Nuove frontiere

di VALENTINA RIVA

**L**a pandemia da Sars-CoV-2 ha messo in discussione la garanzia del diritto alla salute soprattutto per i soggetti più fragili, che non hanno potuto accedere ai servizi sanitari per lunghi mesi. Tra questi, ci sono i bambini piccoli con anomalie o ritardi dello sviluppo che necessitavano di valutazioni specialistiche con l'obiettivo di individuare segnali di rischio per l'autismo.

In epoca pre-Covid, l'Irccs Eugenio Medea di Bosisio Parini (Lecco) era ed è un importante riferimento per questa fascia di popolazione. Per questi bambini, spesso fratelli di bambini con diagnosi di autismo e quindi con una probabilità più alta di sviluppare il disturbo, è di vitale importanza l'inserimento in un percorso di monitoraggio dello

sviluppo, fin dai primi mesi di vita, per una diagnosi e un intervento precoce.

A fronte di questa urgenza, il Covid ha avuto effetti gravi perché ha interrotto la possibilità di effettuare queste valutazioni in presenza. Proprio da questa difficoltà si è sviluppato un progetto di telemedicina che si è rivelato così performante da proseguire anche quando il periodo di lockdown è stato superato. Il progetto è stato messo a punto dai ricercatori dell'Area di Psicopatologia dello Sviluppo dell'Irccs Medea, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, che hanno revisionato la letteratura scientifica a disposizione, e hanno con-

diviso idee e ipotesi.

È nato così il teleNIDA, un nuovo strumento di valutazione in telemedicina per l'autismo, il primo nel panorama italiano. Prevede la raccolta di immagini video, girate dai genitori, riferite a specifiche attività della vita quotidiana. **I genitori, opportunamente informati sulle modalità di esecuzione e sugli obiettivi, diventano partecipi dell'attività di valutazione e acquisiscono competenze utili nella relazione con il loro bambino.** Questi video vengono condivisi, tramite una piattaforma sicura, con gli specialisti clinici che effettuano un'osservazione virtuale del comportamento del bambino al fine

di eseguire una valutazione strutturata dei segnali di rischio autismo. Il teleNIDA è stato condiviso all'interno del network nazionale Nida, di cui l'Irccs Medea è centro Pivot regionale, con l'obiettivo di verificare se la griglia di osservazione e le modalità di scoring producessero una concordanza di giudizio tra i diversi specialisti e centri clinici: questa è una condizione indispensabile per garantire oggettività, trasparenza e riproducibilità dei risultati. Quattordici esperti provenienti da 7 centri Nida in 5 regioni d'Italia hanno ottenuto una concordanza di valutazione del 96%.

**Ma il teleNIDA è efficace nell'individuare i soggetti a rischio autismo?**

Attraverso un'analisi statistica su un campione di bambini tra i 18 e 30 mesi, il teleNIDA identifica e predice correttamente la diagnosi di autismo a 3 anni nel 76% dei casi e risulta correttamente negativo nei bambini a sviluppo tipico nel 70% dei casi. Questi risultati e i dati relativi alla validazione del teleNIDA sono stati pubblicati su una delle più importanti riviste del settore, il Journal of Autism and Developmental Disorders, a conferma della sua validità e efficacia.

**“ UN NUOVO STRUMENTO DI VALUTAZIONE IN TELEMEDICINA PER L'AUTISMO, IL PRIMO IN ITALIA ”**

Il teleNIDA è stato quindi “promosso” come strumento di telemedicina per l’individuazione dei segnali precoci di autismo: prevede che i genitori videoregistrano il comportamento del bambino in 4 attività: gioco libero, gioco con un genitore, momento della pappa, e lettura condivisa, per un totale di 20 minuti di videoregistrazione. I risultati? Oltremodo incoraggianti: materiale disponibile facilmente, coinvolgimento attivo dei genitori e quindi aumento della loro consapevolezza, video del



bambino osservato in un contesto naturalistico: tutti elementi che consentono e favoriscono una lettura puntuale e utile dei dati raccolti, e che aprono una nuova strada alla telemedicina applicata alla diagnosi

precoce dell’autismo. Naturalmente il teleNIDA, da solo non consente una diagnosi definitiva: è un’osservazione iniziale nella quotidianità, che deve essere completata con l’attività in presenza. **Ma questo**



Estratto dell’interfaccia teleNIDA sulla piattaforma Win4asd, sviluppata e testata dai ricercatori dell’Ircs Medea. Queste specifiche videoregistrazioni sono utilizzate nell’accompagnamento dei genitori durante il percorso di assessment e diagnosi. L’algoritmo di correzione automatizzato permette di avere degli indicatori decisionali immediati, supportando la scelta clinica dello specialista.

## teleNIDA, esempio virtuoso di collaborazione

L’attività teleNIDA è stata sviluppata dall’Ircs Medea, in collaborazione con il network Nida, coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità. A questo studio hanno partecipato 7 centri Nida che lavorano in rete con l’obiettivo di monitorare lo sviluppo a partire dai primi mesi di vita, di individuare segnali di rischio autismo e in generale di attivare una sempre maggiore sinergia tra istituti di ricerca a livello nazionale. Traguardo finale, garantire una diagnosi precoce e una qualificata presa in carico che permetta la messa a punto di interventi individualizzati sul bambino.



strumento rappresenta una risorsa importante, perché traccia la strada per lo sviluppo della telemedicina in un settore così particolare come quello dei disturbi del neurosviluppo, consentendo di abbreviare i tempi di accesso alle cure e iniziare un intervento in modo tempestivo. Il teleNIDA rappresenta un esempio di come grazie alla ricerca clinica traslazionale di un Ircs specializzato in età evolutiva, in collaborazione con un network specifico, sia possibile implementare azioni innovative che possono contribuire a migliorare il Ssn: lo strumento è potenzialmente disponibile per tutti i centri in Italia che si occupano di diagnosi precoce di autismo.

# Diritto all'oblio oncologico **Aspettando** una legge (giusta)

Oltre 105mila firme raccolte da Aiom, la proposta di legge del Cnel e le indicazioni della Fondazione Veronesi **per arrivare a riconoscere il diritto per i malati oncologici a lasciarsi alle spalle la malattia.** E una mozione firmata da 168 deputati. Ma una legge non è stata ancora approvata

di CRISTINA CORBETTA

**T**utti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di [...] condizioni personali e sociali". È scritto nella Costituzione italiana, articolo 3. Quindi, no a ogni tipo di discriminazione nella vita di tutti i giorni, tanto più se si tratta di condizioni di salute. Eppure ci sono malati

per cui alla guarigione riconosciuta clinicamente non corrisponde un reale diritto ad essere trattati come tutti gli altri. Sono i malati oncologici; in Italia circa un milione di loro possono considerarsi guariti, eppure subiscono discriminazioni per accendere un mutuo, per adottare un bambino, per chiedere un prestito personale, per aprire un'attività, per richiedere una copertura assicurativa e anche per il reinserimento lavorativo. "Per accedere ad alcuni servizi finanziari e bancari come prestiti o polizze assicurative, -spiegano alla Fondazione Veronesi - spesso le persone devono dichiarare se sono state affette da alcune specifiche malattie nel passato, tra cui le neoplasie. In caso di risposta affermativa, è possibile che le persone siano





## Oggi di cancro si può guarire

**Negli ultimi trent'anni lo sviluppo di nuovi percorsi diagnostici e di cura ha permesso di superare l'idea per cui una diagnosi di tumore equivale a una condanna. Lo conferma la Fondazione Veronesi, che precisa come a cinque anni da una diagnosi, si stima che oggi 3 persone su 5 siano ancora in vita; un incremento medio del 20% rispetto agli anni '90. "I dati più incoraggianti - spiegano alla Fondazione Veronesi - riguardano i pazienti in età pediatrica, con 4 bambini su 5 ancora in vita a cinque anni dalla diagnosi. Ma in generale la popolazione delle persone guarite da un tumore cresce al ritmo del 3% annuo. Anche in Italia i numeri sono in costante miglioramento. A fronte di 3,6 milioni di persone che hanno sofferto di tumore, oltre 1 milione di persone (il 27%) possono essere considerati definitivamente guarite.**

le audizioni per sostenere la raccolta firma di Aiom e ha presentato un disegno di legge per il Diritto all'oblio oncologico. Endorsement importante, certo, ma che sottolinea ancora di più che l'obiettivo di allineare l'Italia agli altri Paesi europei non è ancora raggiunto. E peraltro l'iniziativa del Cnel ha visto una successiva presa di posizione del Garante per

classificate come clienti "a rischio" e che, pertanto, sia loro negato l'accesso a tali servizi o debbano sopportare costi aggiuntivi. Una recente indagine condotta dalla Irish Cancer Society ha evidenziato come le persone guarite da un tumore abbiano maggiori difficoltà ad accedere ai servizi finanziari e che tali difficoltà possano avere ripercussioni negative e concrete sulle loro vite". Una situazione che l'Europa ha già affrontato e in molti paesi risolto, ma che in Italia continua ad essere in attesa di definizione legislativa. Negli ultimi 3 anni, tra l'aprile 2019 e il febbraio 2022, Belgio, Portogallo, Francia e Olanda hanno approvato norme che garantiscono agli ex pazienti oncologici il diritto a non essere discriminati e a non essere "rappresentati" dalla malattia.

Anche in Italia serve, e al più presto, una legge sul cosiddetto "oblio oncologico", per la quale Fondazione Aiom ha raccolto oltre 105 mila firme, e che diventerebbe una legge che aiuta i malati a lasciarsi davvero alle spalle l'esperienza della malattia. Circa due mesi fa, l'iniziativa di Aiom ha ricevuto un endorsement importante, quello del Cnel, il Consiglio Nazionale di Economia e del Lavoro, che sotto la spinta dell'allora Presidente Tiziano Treu e del consigliere Francesco Riva, incaricato dell'area salute, ha avviato

l'infanzia e l'adolescenza Carla Garlatti, che ha chiesto prudenza e attenzione massima: "Non esiste ad oggi alcun divieto di adottare nei confronti di persone che hanno alle spalle esperienze di malattie tumorali", ha detto Garlatti. "ma va fatto un accertamento caso per caso, che coinvolge numerosi fattori e che è giustificato dalla responsabilità di scegliere il futuro per un bambino che ha un trascorso di abbandono e sofferenza".

In realtà la scorsa legislatura si era andati molto vicini all'approvazione di un dettato di legge. Il ddl che vedeva come prima firmataria la senatrice Paola Boldrini, Pd, era stato ampiamente condiviso tra tutte le forze politiche. Ma la caduta del governo ha imposto uno stop forzato.

Il 27 gennaio di quest'anno alla Camera è stata presentata una mozione sulle "iniziative per la prevenzione e la cura del cancro", firmata da 168 deputati di diversi schieramenti parlamentari.

**La mozione ricorda che una risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 "Rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro" al paragrafo 125 chiede che entro il 2025, al più tardi,**

**tutti gli Stati membri garantiscano il diritto all'oblio a tutti i pazienti europei";** e impegna il Governo "ad adottare iniziative, anche di carattere normativo, volte a riconoscere e tutelare il diritto all'oblio oncologico, al fine di assicurare la parità di trattamento, l'inclusione sociale e il reinserimento lavorativo delle persone guarite da patologie oncologiche, garantendo anche la parità di accesso al credito bancario e alle procedure per l'adozione".

La mozione fa anche un esempio pratico: il riconoscimento del diritto delle persone guarite, ad esempio, nell'accesso ai servizi bancari, finanziari e assicurativi dovrebbe garantire che ad esse non potranno essere richieste informazioni sullo stato di salute relative a malattie oncologiche pregresse, quando sia trascorso un certo periodo di tempo da individuare dalla fine del trattamento attivo in assenza di recidive o ricadute della patologia. Tali informazioni non potranno più essere considerate ai fini della valutazione del rischio o della solvibilità del cliente e ciò dovrà



**“ L'ITALIA SI ALLINEI ALLE LEGGI APPROVATE NEGLI ALTRI PESI EUROPEI ”**

valere anche per l'accesso alle adozioni.

In sostanza, si chiede che l'Italia si allinei alle leggi approvate negli altri paesi europei che definiscono anche le soglie temporali per il diritto all'oblio: 5 anni dalla fine del protocollo terapeutico nel caso di tumori insorti prima del ventunesimo anno di età; 10 anni per quelli sviluppati dopo il compimento dei 21 anni di età.

A questo proposito, il Comitato etico di Fondazione Veronesi sottolinea le discriminazioni che possono emergere grazie all'uso di nuove tecnologie per chi riceve una diagnosi in età pediatrica. **Secondo le sti-**

**me, in Europa ci sono tra le 300.000 e le 500.000 persone che sono guarite da un tumore diagnosticato in età pediatrica; 50.000 di queste sono giovani italiani e italiane che oggi hanno tra i 22 e i 29 anni.** Per queste persone il rischio di subire delle discriminazioni per via della propria storia clinica è sempre più concreto. La possibilità di pubblicare in rete informazioni personali e sensibili, infatti, ha incrementato in modo esponenziale la facilità con cui è possibile ricostruire la storia clinica di una persona. Secondo il Comitato, andrebbero previste iniziative di informazione rivolte ai pazienti che ricevono una diagnosi in età pediatrica e alle

loro famiglie, in modo da promuovere una maggiore consapevolezza rispetto non solo all'esistenza di un



### Tutti i numeri del cancro in Italia

**Nel rapporto Aiom "I numeri del cancro in Italia 2022" vengono stimate, con riferimento all'anno 2022, 390.700 nuove diagnosi di cancro (nel 2020 erano 376.600), con un incremento di 14.100 casi in due anni.** In particolare, i cinque carcinomi più frequenti sono quelli della mammella (55.700), colon-retto (48.100), polmone (43.900), prostata (40.500) e vescica (29.200). Nel 2020, circa 2,4 milioni di persone (65 per cento del totale) hanno ricevuto la diagnosi da più di 5 anni, mentre 1,4 milioni (39 per cento del totale) da oltre un decennio.

diritto all'oblio, ma anche rispetto ai rischi che possono derivare nel tempo dal condividere in rete o su altri media informazioni personali inerenti alla propria storia clinica, oppure quella di altre persone. Ma intanto, sui social, peraltro, sono sempre più frequenti le storie personali di chi vive questa discriminazione. A inizio marzo vie-

ne diffusa su change.org la petizione di Antonella, che in poco tempo raggiunge le 25mila firme: "Mi è stata rifiutata la possibilità di chiedere un piccolo prestito - scrive Antonella - prima ancora che io potessi presentare la domanda. Infatti mi è stato detto che era inutile presentare la domanda, perché l'avrebbero respinta a meno che io non avessi omesso del tutto la mia malattia.

Essendo una paziente oncologica, anche se guarita da 6 anni, non posso sottoscrivere assicurazioni. In caso di morte, anche se accidentale e non dovuta assolutamente alla malattia, la assicurazione andrebbe a quella e troverebbero comunque un cavillo.

Tutto questo fa molto male! Ti senti un marchio sulla pelle, un morto che cammina! Quando invece sei sopravvissuto a una malattia e in quanto tale dovresti essere aiutato dallo Stato e dalla società a vivere pienamente di nuovo!".



## CINQUE, DIECI, QUINDICI ANNI E OLTRE PER DICHIARARE LA GUARIGIONE

**Un paziente oncologico viene considerato "guarito" quando raggiunge la stessa attesa di vita della popolazione generale.** Le tempistiche variano, secondo i dati raccolti dall'Aiom, in relazione alle diverse neoplasie: meno di 5 anni per il cancro della tiroide, meno di 10 anni per il cancro del colon e il melanoma, oltre 15 anni per i tumori della vescica e del rene,

linfomi non-Hodgkin (in particolare i linfomi a grandi cellule B), mielomi e leucemie, soprattutto per le varianti croniche, intorno ai 20 anni per alcuni tumori frequenti, come quelli della mammella e della prostata. Al momento però non esistono norme né linee guida che a livello legislativo indichino con precisione quando possa essere considerata guarita una persona.



#### Iov di Padova

"Il bosco in una stanza": allo Iov di Padova l'ultima opera artistica di "ospedali dipinti" che ha trasformato l'area della radioterapia dedicata ai bambini in un luogo incantato. L'opera, interamente donata dalla Fondazione Castorina Ceolin, è stata

realizzata dall'artista Silvio Irilli. Una stanza "avvolgente", realizzata in modo immersivo: le pareti, il soffitto, ma anche le aperture (porte e finestre) sono parte dell'opera, affinché, durante i momenti di attesa per la terapia, i bambini possano sentirsi parte di una favola.



#### Oristano

##### Nuovi spazi per l'Unità operativa di Urologia dell'Ospedale San Martino di Oristano.

Dieci i posti letto a disposizione distribuiti su cinque stanze di degenza (due pazienti per camera), a cui si sommano gli ambulatori, le sale e i servizi riservati al personale. Gli spazi sono stati interamente riconvertiti, con la realizzazione ex novo di bagni per i degenti e per il personale, l'integrazione degli impianti elettrici e il rifacimento della rete dei gas medicali. L'Urologia finora condivideva i propri spazi con la Chirurgia generale. "Abbiamo creato un percorso dedicato che permetterà una migliore assistenza e un maggiore comfort ai degenti. Parallelamente la Chirurgia generale se ne avvantaggerà in termini di spazi e posti letto" sottolinea il direttore sanitario dell'Asl di Oristano, Antonio Maria Pinna.



#### Asp Catanzaro

##### Un nuovo servizio è stato attivato nel Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Lamezia Terme: è operativo infatti un ambulatorio

dedicato per l'impianto degli accessi venosi a breve, medio e lungo termine con l'istituzione di un team di specialisti dedicati e in possesso dei requisiti previsti, afferenti all'Unità Operativa Complessa Anestesia e Rianimazione e Terapia del Dolore diretta da Anna Monardo. Il servizio nasce dalla necessità di migliorare l'assistenza di pazienti ospedalizzati, e soprattutto per garantire una migliore qualità di vita a pazienti affetti da malattie croniche e da malattie oncologiche. Grazie a personale esperto adeguatamente formato e ad una sicura tecnica ecoguidata è possibile posizionare cateteri venosi, come Picc e Midline, e consentire terapie sintomatiche e di supporto prolungate e/o intermittenti, idratazione e nutrizione parenterale.

#### FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

a cura di Velia Cantelmo  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)

#### Azienda Usl Toscana nord ovest

##### La Società della salute Alta Val di Cecina-Valdera ha ottenuto un finanziamento di 418mila euro per realizzare il progetto "Sostegno a domicilio bis", destinato a utenti con problemi di demenza o che necessitano di cure particolari dopo la dimissione ospedaliera. Il progetto prevede tre diversi tipi di interventi: servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio; cura e sostegno familiare di persone affette da demenza; ampliamento del servizio di assistenza familiare. Il progetto è stato attivato ad inizio 2023 e resterà attivo fino al 30 giugno 2023.

#### Asl Valle d'Aosta

##### All'Ospedale Beauregard di Aosta la Sc di Oculistica ha attivato il nuovo ambulatorio chirurgico per le iniezioni intravitreali. Si tratta di una terapia essenziale per pazienti affetti da degenerazione maculare senile (Amd), una patologia cronica molto diffusa, che rappresenta una delle principali cause di ipovisione nella popolazione di età superiore ai 55 anni. Si stima che vi siano circa 15.000 nuovi casi all'anno in Italia. "Il servizio offerto dal nostro nuovo ambulatorio chirurgico permette ai pazienti di accedere ad un percorso ordinato, dedicato e studiato che si svolge al di fuori del blocco operatorio consentendo un flusso di pazienti più snello, una miglior programmazione e la riduzione dei tempi di attesa. Attualmente eroghiamo settimanalmente 50 prestazioni, garantendo tutti i controlli successivi" spiega Luca Ventre, Direttore della Sc Oculistica.





# Indagare e valutare

**Ricerca attiva dell'eziologia professionale dei tumori sui pazienti ricoverati per neoplasia. In Puglia il progetto di "Oncologia Occupazionale" della Asl Bt**

di **DANNY SIVO**

In Italia si stima che ogni anno vengano diagnosticati circa 300.000 tumori maligni tra cui circa 10.000 casi di tumori "professionali", ossia quei tumori nella cui genesi l'attività lavorativa ha agito come causa o concausa. Tra gli agenti chimici, fisici e i processi industriali

durante l'attività lavorativa può quindi determinare l'insorgenza di un tumore di origine professionale. Questi tumori rappresentano dal 2% all'8% di tutti i tumori maligni ma la loro diagnosi è a tutt'oggi sottostimata.

**La ragione principale della sottostima dei tumori professionali, è da ricercare nella difficile ricostruzione della storia lavorativa dei lavoratori e lavoratrici rispetto al passato in cui si passava decenni nelle stesse fabbriche di cui erano più evidenti le esposizioni a cancerogeni.** L'insorgenza del tumore professionale, avviene solitamente dopo il pensionamento dei soggetti e quindi raramente il medico del lavoro si trova di fronte al soggetto affetto da neoplasia o ne viene a conoscenza durante la sorveglianza sanitaria stante la lunga latenza che caratterizza le patologie neoplastiche in questione. I medici ospedalieri ed i me-

dici di medicina generale che hanno in cura il malato, raramente indagano sulla storia lavorativa per associare eventualmente la patologia oncologica con l'attività lavorativa svolta in passato dal paziente. Una volta accertata l'eziologia professionale del tumore, si procede con la denuncia dello stesso all'Inail che raccoglie attraverso sistemi predefiniti quali il Malprof, dati statistico-epidemiologici e riporta le varie percentuali dei tumori classificandoli per sede anatomica, istotipo ecc. Nella regione Puglia, i numeri delle denunce di malattia professionale sono tra i più bassi del Paese, al fine di migliorare questo aspetto importante è necessario che vengano istituite collaborazioni tra le varie figure sanitarie, nonché una prevenzione efficace (per ridurre l'incidenza) e sistemi sanitari efficaci (Allemani et al., 2014) per l'identificazione di malattie professionali,



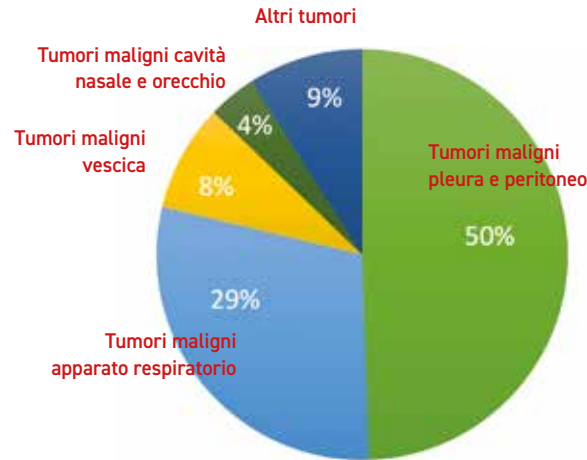
Dei tumori da lavoro, pleura e peritoneo sono nettamente i più coinvolti

classificati come cancerogeni certi per l'uomo dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Iarc), più della metà sono presenti negli ambienti di lavoro, o lo sono stati in passato. L'esposizione a uno o più di questi agenti



## Distribuzione dei tumori di origine lavorativa 1999-2021

agenti causali. **Nell'Asl Bt, è stata istituita l'attività di Oncologia del Lavoro, unica in Puglia,** che ha sede presso la Uosvd "Sicurezza e Sorveglianza Sanitaria" con lo scopo principale di offrire la possibilità di indagare e valutare l'eventuale eziologia di tipo professionale delle patologie neoplastiche di cui sono affetti i pazienti, offrendo un servizio pubblico utile anche a migliorare la sensibilità sui luoghi di lavoro relativamente a questa importante tematica. L'attività si basa su una "ricerca attiva dell'eziologia professionale dei tumori" sui pazienti ricoverati per neoplasia con tre seguenti finalità da cui scaturiscono altrettanti obiettivi: attuare misure medico-legali a favore del singolo lavoratore (obiettivo di tutela individuale e denuncia di malattia professionale); verificare l'efficacia delle misure preventive nei luoghi di lavoro (obiettivo di tutela collettiva) e diffondere le conoscenze circa la presenza attuale o in passato del rischio cancerogeno nella realtà locale (obiettivo comunicativo). Il gruppo di lavoro ha elaborato un piano di azione volto: alla predisposizione di schede di associazione mansione lavorativa/neoplasia professionale e di un questionario guida per



la raccolta standardizzata dell'anamnesi lavorativa e dei fattori di rischio cancerogeno non professionale; alla definizione del modulo di segnalazione, da compilare da parte del medico ospedaliero in caso di sospetta neoplasia professionale e delle modalità operative per la ricerca attiva dell'eziologia professionale nei soggetti ricoverati negli ospedali della provincia BT a cura dei Medici del Lavoro. Verrà inoltre realizzato un sistema informativo in rete sui casi di neoplasia professionale con successiva elaborazione di un resoconto periodico delle attività svolte.

**Attraverso questa nuova attività, si cercherà di offrire un importante contributo per rendere meno significativa la sottotifica dei tumori professionali la cui diagnosi non è sempli-**

**ce per svariate ragioni.** I tumori da lavoro, in primo luogo, non differiscono da quelli di altra origine sotto il profilo clinico e anatomo-patologico. La diagnosi di tumore professionale in casi individuali è quindi puramente eziologica e si basa sulla ammissibilità che la pregressa esposizione lavorativa ad un oncogeno sia stata adeguata ed efficiente nell'induzione della patologia oncologica. Frequente è, inoltre, l'equivoco sul rapporto tra fumo di tabacco e cancerogeni professionali, che induce ad attribuire al fumo l'esclusiva responsabilità dei casi di cancro del polmone, anche nei soggetti esposti per lungo tempo a cancerogeni occupazionali.

**I risultati di un recentissimo studio scientifico (Brey et Al. 2022) supportano la necessità di strumentalizzazione dei servizi sanita-**

**ri in modo che si possano identificare le cause delle malattie legate agli agenti cancerogeni professionali,** si raccomanda l'utilizzo di strumenti più puntuali per i colloqui di lavoro nella pratica sanitaria, al fine di aiutare gli operatori sanitari dei lavoratori nel riconoscimento e nella segnalazione di specifiche situazioni di esposizione professionale, e nelle azioni di prevenzione e sorveglianza della salute dei lavoratori, in modo più efficace. Si suggerisce inoltre di rafforzare le politiche e le strategie per il controllo ambientale e la sorveglianza sanitaria nei luoghi di lavoro dove sono ancora presenti esposizioni pericolose, sulle quali il lavoratore ha scarso controllo.

Si sottolinea, non in ultimo, l'importanza di migliorare la registrazione delle informazioni ottenute nelle cartelle cliniche dei pazienti, poiché i dati occupazionali sono registrati in minima parte o spesso non chiariti tra le esposizioni del lavoratore e la patologia in studio.

Pertanto, si invitano tutti gli operatori Sanitari, coinvolti nella diagnosi e cura di pazienti oncologici, a valutare la storia lavorativa e il suo rapporto con la patologia in questione, al fine di individuare l'eventuale origine eziologica professionale.



# Restauro scientifico

Un progetto innovativo che prevede **il recupero, il riuso adattativo e l'adeguamento funzionale per fini socio-assistenziali** di un immobile dei primi del Novecento ora in abbandono

di MAURIZIO DI GIOSIA



Lo stabile come è ora e come sarà secondo il modello virtuale redatto dai progettisti. La struttura sarà recuperata con i fondi della Ricostruzione post sisma e diventerà hospice



Un edificio storico, che a Teramo ai primi del Novecento ospitava la "Casa di cura Villa Maria", ora in abbandono e fortemente danneggiato dal terremoto, viene recuperato per fini socio-sanitari con i fondi della Ricostruzione post sisma del Centro Italia. Si tratta di uno dei pochi casi di restauro scientifico di uno stabile a uno sanitario con

i finanziamenti per il terremoto del 2016-2017. Un esempio avanzato di riuso di immobili in abbandono per un utilizzo socio-assistenziale.

La conferenza dei servizi speciale ha infatti approvato il progetto definitivo-esecutivo per il restauro, riuso adattativo e adeguamento funzionale dell'ex collegio Ravasco, elaborato dalla Asl di Teramo. I lavori, dall'importo complessivo di 3,7 milioni di euro - a tanto ammonta il contributo ammesso dall'Ufficio Speciale per la Ricostruzione - prenderanno il via dopo l'atto formale di approvazione del progetto definitivo-esecutivo da parte della Asl e lo svolgimento della relativa gara di appalto. La durata dei lavori sarà di 24 mesi.

**L'edificio ospiterà un nuovo centro residenziale di cure palliative per l'assistenza ai malati terminali**, cosiddetto hospice, con l'obiettivo di garantire l'accesso degli utenti alla

rete delle cure palliative, mirate al controllo del dolore fisico e di tutti i sintomi propri della malattia.

Ad oggi l'Abruzzo dispone di sei hospice: quello di Teramo, originariamente ospitato nel terzo lotto dell'ospedale Mazzini, è stato spostato per esigenze legate alla pandemia in un'altra struttura in periferia. Le necessità di un hospice nuovo e meglio strutturato sono molteplici. **Tra le problematiche dell'unità teramana la maggiore è quella legata al deficit di posti letto.**

Attualmente l'hospice di Teramo può ospitare sette degenti: un numero insufficiente se si considera che è rivolto all'intera popolazione provinciale. Al termine dell'intervento lo stabile disporrà di 10 posti letto. Il progetto è in linea anche con il programma dell'Unione Europea e con le linee guida del Pnrr.

Dai sopralluoghi, accertamenti e indagini conoscitive (di tipo storico, geolo-

gico e strutturale), previa condivisione e programmazione con i funzionari di zona della Soprintendenza per i Beni Architettonici e per il Paesaggio per l'Abruzzo risulta che l'immobile è sottoposto a vincolo di interesse culturale. L'edificio oggetto d'intervento, attualmente dichiarato inagibile, è privo di arredi e opere d'arte. Le sue criticità conservative sono state verificate con i funzionari della Soprintendenza, ed è scaturita la necessità di salvaguardare e conservare integralmente la pavimentazione interna realizzata in seminato alla veneziana, di demolizione totale del manufatto all'ultimo piano dell'edificio, oggetto in passato di pesanti trasformazioni, modifiche e ingrandimenti, giustificata anche dal gravissimo stato di conservazione dello stesso.

Un felice esempio di collaborazione fra istituzioni - determinante è stato il sostegno e l'apporto di tutta la struttura diretta dal Commissario per la ricostruzione post sisma 2016 Guido Castelli - che ha reso concreto il lavoro del gruppo di progettazione incaricato dalla Asl e coordinato dall'architetto Alejandro Bozzi, con gli ingegneri Francesco Eusani, Maurizio Baratiri e Andrea Manente. Rup della Asl è Roberto Di Ascenzo.



## “ IL PROGETTO È IN LINEA ANCHE CON IL PROGRAMMA DELL'UNIONE EUROPEA E CON LE LINEE GUIDA DEL PNRR ”

L'approvazione del progetto dell'ex collegio Ravasco rappresenta un punto di svolta per il recupero della struttura di pregio architettonico. **Lo stabile, circondato da un vasto giardino, è stato fortemente danneggiato dal tempo e dal terremoto per cui, se non consolidato o adeguato sismicamente, rischia di non essere più recuperabile.** La Asl restaura e rifunzionalizza dunque un edificio storico e restituisce alla cittadinanza un nuovo Centro residenziale di cure palliative per l'assistenza ai malati terminali, che si basa sul principio secondo cui prioritaria è la "qualità di vita" residua del paziente. Questo intervento, inoltre, contribuisce alla riqualificazione del centro cittadino, in cui insiste l'edificio che tornerà a nuova vita recuperando anche la finalità sanitaria per cui venne creato ai pri-

mi del Novecento.

**Allora ospitava un modernissimo Istituto medico-chirurgico. Era diretto da Beniamino De Nigris Urbani, che oltre a essere proprietario dell'edificio, era anche medico in servizio, sin dal 1905, nella Congregazione di Carità di Teramo.** La clinica privata rimase in attività sino al 1928, quando, mutato il quadro politico dell'Italia, il direttore chiuse la struttura. Nel 1933 fu acquistato dalla Congregazione di carità che ne fece la sede del brefotrofio provinciale. Dal 1937 la gestione passò al nuovo ente Ospedali e Istituti Riuniti di Teramo e la situazione restò immutata sino al 1955, quando il brefotrofio fu trasferito. Nel 1956 il fabbricato fu destinato a ospitare il collegio femminile per studentesse e insegnanti non residenti in città, della Fondazione Pasquale

Lo stabile disporrà di 8 camere di degenza di cui 6 singole e due doppie per un totale di 10 posti letto. Le camere saranno dotate di poltrone letto per un accompagnatore familiare e servizi igienici accessibili anche ai diversamente abili. L'area residenziale avrà anche un'area living con cucinetta, sala arte e musicoterapia e sala di lettura-internet point. Ci saranno poi l'area operativa, l'area destinata alla valutazione e alla terapia con ambulatori e studi medici e un'area generale di supporto.



Ventilj. Quando nel 1968 le funzioni sanitarie (in capo all'ente Ospedali e Istituti Riuniti) furono separate da quelle socio-assistenziali, la gestione del collegio fu posta in capo al Comune di Teramo. Nel 1996, con il progressivo ridursi delle ospiti, il Comune decise di chiudere il collegio e l'immobile rientrò nella disponibilità dell'allora Ulss (che dal 1981 aveva preso il posto del soppresso ente Ospedali e istituti riuniti), attuale Asl, che lo detiene ancora oggi e che lo ha utilizzato come Rsa e comunità protetta sino alla definitiva chiusura nel 2008. Da allora l'edificio è dismesso.

# Rivoluzionata la "cultura" degli appalti pubblici

**Publicato il nuovo codice dei contratti pubblici: D.lgs. n. 36 del 31 marzo 2023**

**di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI**  
Studio Brugnoletti&Associati

**A**nche se sono all'orizzonte le nuove direttive europee (attese tra un anno), la commissione del Consiglio di Stato (cui il Governo Draghi ha chiesto di elaborare il testo) ha varato un nuovo codice, invece di fare un restyling del d.lgs. n. 50/2016. La scelta appare giusta: viviamo un periodo storico decisamente "forte" (due anni di pandemia, un conflitto in Europa), totalmente diverso da quando, otto anni fa, ha avuto vita il precedente codice. Il mondo è letteralmente cambiato, le esigenze sono totalmente diverse: mentre nel 2016 si avvertiva l'esigenza di porre delle regole a tutela della legalità (il codice 50/2016 nasce all'insegna dell'"anticorruzione"), ora l'imperativo è la "ripartenza", lo sviluppo economico-sociale. Il nuovo codice, pur riproducendo la maggior parte delle norme di dettaglio, rivoluziona letteralmente la "cultura" degli appalti pubblici: ne sono principali testimoni i primi due articoli del d.lgs. n. 36/2023, che rappresentano i due pilastri principali del

nuovo testo: il "principio del risultato" (art. 1) e il "principio della fiducia" (art. 2); principi che "illuminano" ogni singola norma di dettaglio.

L'articolo 1 indica alle Stazioni appaltanti di non "perdersi" tra forme e "cavilli", ma puntare decisamente al "risultato", rappresentato dall'assicurare il servizio o l'opera: in questo periodo storico (tra qualche anno le esigenze saranno senz'altro diverse) la sostanza prevale sulla forma. Questo nuovo orizzonte pretende una "rivoluzione culturale" descritta nell'articolo 2, che scolpisce il secondo fondamentale principio della "fiducia" "imponendo" che vi sia "reciproca fiducia, dell'azione legittima, trasparente e corretta dell'amministrazione, dei suoi funzionari e degli operatori economici".

La maturità del nuovo "sistema" lo testeremo nella concreta applicazione di un altro principio "forte" del d.lgs. n. 36/2023: il diritto alla rinegoziazione del contratto. L'articolo 9 prevede espressamente che la parte che patisce la modifica dei

costi ha "diritto" a "rimettere in sesto" il contratto. Il nuovo codice prevede, infatti, che, in caso di modifica dei parametri economici (viviamo, del resto, in un momento di grande fibrillazione economica), non si deve tendere alla risoluzione, ma alla conservazione del contratto. Interessanti sono anche gli strumenti prioritari che il nuovo codice suggerisce per garantire l'equilibrio economico del contratto: la revisione dei prezzi e la rinegoziazione del contratto. L'equilibrio contrattuale può dunque essere garantito non solo utilizzando la (classica) leva del corrispettivo, con la revisione del prezzo, ma anche con la modifica del perimetro del contratto, magari assegnando attività nuove ovvero cessando attività diventate diseconomiche; il tutto mettendo in pratica quel rapporto di "fiducia" reciproca che è il "nuovo" fondamento del rapporto pubblico/privato, perseguendo il "risultato" della conservazione del contratto. Il nuovo codice semplifica anche le norme sulle cause di esclusione, quelle di dettaglio su cui il d.lgs. n. 36/2023 ha apportato le maggiori innovazioni. Il codice ha tolto dalla scena delle cause di esclusione dalle gare il "patteggiamento", i "cessati" ed i "soci" del concorrente: una grande semplificazione che è un'ulteriore testimonianza del rapporto

### Si spera che il nuovo codice dia finalmente corso alla "qualificazione delle stazioni appaltanti", la grande "incompiuta" del codice del 2016.

Il D.lgs. n. 36/2023 prevede tre livelli di qualificazione, fondati sulla capacità della singola stazione appaltante di gestire le tre fasi del processo di acquisto (progettazione, affidamento ed esecuzione): un primo livello, che darà la possibilità alla stazione appaltante di fare appalti fino a 750mila euro; una qualificazione intermedia che darà la possibilità di bandire gare fino a 5 milioni; quindi, la qualificazione avanzata con gare senza limiti di importo. A dispetto delle tante polemiche che hanno accompagnato il nuovo codice (soprattutto da ambienti "Anac") nulla cambia sugli affidamenti dei contratti sotto-soglia: nulla è innovato rispetto all'intervento di tre anni orsono con il Dl 76/2020. Unico intervento è la disciplina normativa della rotazione (prima prevista dalle linee guida Anac).

di fiducia che la pubblica amministrazione deve avere nei confronti delle imprese. Fiducia che si esprime anche nella norma che pone fine all'indiscriminato ampliamento delle fattispecie dell'illecito amministrativo, che imponeva ai concorrenti di fare dichiarazioni che oramai arrivavano a veri e propri tomi: l'articolo 98 del d.lgs. n. 36/2023 prevede l'elencazione tassativa delle fattispecie che rappresentano l'illecito professionale. Per altro verso, la "fiducia" è improntata anche a una maggiore trasparenza dell'attività delle imprese: c'è una maggiore attenzione al d.lgs. n. 231/2001, perché sono rilevanti per la partecipazione alla gara non solo le sanzioni interdittive, ma anche l'avvio del procedimento ex d.lgs. n. 231/2001 e anche sanzioni pecuniarie.

**Il nuovo codice appalti (dlgs 36/2023) è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il 31 marzo 2023, rispettando così le scadenze previste.** È entrato in vigore dal 1 aprile 2023, ma le sue disposizioni – come disposto dall'art. 229 – acquistano efficacia dal 1 luglio 2023. È previsto, tuttavia, un periodo transitorio fino al 31 dicembre 2023, con estensione della vigenza di alcune disposizioni del vecchio codice (dlgs 50/2016), del dl semplificazioni (dl 76/2020) e del dl semplificazioni bis (dl 77/2021)



## SEGNALAZIONE, DOMANDE E RISPOSTE SULLE OPPORTUNITÀ EUROPEE NEL SETTORE DELLA SANITÀ

a cura di Cinzia Boschiero  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)

### **È ormai appurato che esiste un'emergenza di assistenza adeguata per il settore della salute mentale. A livello europeo ci sono fondi o iniziative?**

Mara Patrosso

Già in una importante relazione intitolata "Health at a Glance: Europe 2018" era emerso che i problemi di salute mentale colpiscono oltre 84 milioni di persone in

tutta l'Unione Europea. Nella relazione europea intitolata "Health at a Glance: Europe 2022" inoltre risulta che quasi un giovane europeo su due riferisce di avere esigenze di assistenza insoddisfatte per quanto riguarda la salute mentale e che in diversi paesi dell'Unione Europea la percentuale dei giovani che segnalano sintomi di depressione è più che raddoppiata durante la pandemia. La salute mentale e i disturbi neurologici costituiscono uno dei cinque principali filoni dell'iniziativa europea denominata "Healthier together"; c'è poi l'azione europea ImpleMental per una riforma dei sistemi di diagnosi e cura della salute mentale, il progetto "Best"

del gruppo di lavoro "Alleanza europea contro la depressione" cui partecipano dieci Stati. Il programma europeo Eu4Health cofinanzia progetti europei per la prevenzione, diagnosi e cura; inoltre ha destinato 9 milioni di euro per aiutare le persone in fuga dall'Ucraina che hanno urgente bisogno di assistenza psicologica per superare il trauma della guerra e fondi per migliorare la salute mentale e il benessere psicologico di migranti e rifugiati. In più la Direzione generale Sante della Commissione europea preposta alla salute e sicurezza alimentare cofinanzia progetti e ha creato sulla piattaforma per la politica sanitaria una rete dedicata per consentire alle organizzazioni attive in campo sanitario e sociale di scambiarsi pratiche e conoscenze specifiche su salute mentale e Covid-19. Coordinata dall'organizzazione Mental Health Europe, questa rete virtuale si concentra sulle



esigenze di gruppi vulnerabili come i senzatetto, le persone con problemi di salute preesistenti e gli anziani.

### **Uno dei problemi della sanità pubblica riguarda gli appalti. L'Unione europea se ne sta occupando?**

Nicola Fuppo

Sì. La Commissione europea ha varato la Public Buyers Community Platform, una piattaforma innovativa progettata per facilitare la collaborazione e la condivisione delle conoscenze tra gli acquirenti pubblici in tutta l'Unione europea. La piattaforma è uno spazio digitale unico, in cui le varie parti interessate, tra cui



enti pubblici, industrie, piccole e medie imprese e mondo accademico, possono scambiare le migliori pratiche, condividere esperienze e confrontarsi sui problemi. L'obiettivo della piattaforma è incoraggiare la collaborazione e formare una comunità di acquirenti pubblici impegnati a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle procedure di appalto pubblico.

### **Sulla tavola periodica degli elementi si stanno portando avanti degli studi?**

Marco Lepore

Certo. Abbiamo in Italia anche uno dei massimi



Rinaldo Psaro, Cnr, Presidente Fast

esperti, Rinaldo Psaro, Associato Senior Cnr Scitec, presso l'Istituto di Scienze e Tecnologie Chimiche "Giulio Natta" di Milano, che, in diversi suoi studi di valenza internazionale, ha evidenziato come sia fondamentale per l'evoluzione dell'Homo Faber, il fatto che si sia affacciato al mondo degli elementi chimici e in particolare ai metalli e come tutto ciò contribuisca allo sviluppo di conoscenze e creatività nel corso dei secoli per l'umanità. La tavola periodica, che è stata variamente integrata e modificata, ma sostanzialmente fedele all'impianto originario, è ancora una mappa insostituibile a livello europeo ed internazionale per orientare studenti, professionisti e ricercatori nello studio sistematico delle proprietà chimiche degli elementi. Pubblicata il 1° marzo 1859 ad opera di Dmitrij Ivanovič Mendeleev, resta un capolavoro della scienza in continua evoluzione, icona e bandiera della chimica.

### **In caso di gravi catastrofi naturali esiste un coordinamento europeo?**

Lina Guspica

La Commissione europea ha stanziato 106,2 milioni di euro a favore di Belgio, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Portogallo, Romania e Turchia per sviluppare una nuova capacità della squadra medica di emergenza (Emt) di rescEu. L'obiettivo è aumentare l'assistenza medica di emergenza alle popolazioni colpite da gravi catastrofi naturali o provocate dall'uomo. Il progetto istituirà tre squadre mediche di emergenza di tipo 2 (Emt2), che comprenderanno servizi chirurgici e diagnostici. Questa capacità di rescEu diventerà gradualmente operativa a partire dal 2024. Questa nuova struttura integrerà il ruolo chiave svolto in risposta alle emergenze dalle già esistenti squadre mediche di emergenza messe a disposizione dagli Stati membri e dagli Stati partecipanti



al pool europeo di protezione civile. Le agenzie di aiuto umanitario possono poi beneficiare di finanziamenti per gli aiuti umanitari nel quadro dei programmi gestiti dalla direzione generale per gli Aiuti umanitari e la protezione civile (Echo) della Commissione europea e gli enti pubblici possono ricevere finanziamenti per la protezione civile nel quadro delle componenti dei programmi dedicate alla prevenzione/preparazione e alla risposta.



# MANAGEMENT IN SANITÀ

## Manuale per Direttori di Struttura complessa

**L'innovazione e lo sviluppo delle performance sono spesso l'esito di una gestione virtuosa, che non si concretizza solo con l'impegno ma soprattutto con competenze, preparazione e aggiornamento.**

**Fosco Foglietta**  
**Maggioli Editore**  
 pp. 454  
 36,00 euro

Questo libro è un utilissimo strumento di supporto per l'abilitazione alle funzioni direttive dei Dirigenti di vertice e in posizioni intermedie presso le Asl e le aziende ospedaliere. Giunto alla quarta edizione, contiene tutti gli aggiornamenti relativi alla normativa di riferimento post Covid-19, Documento Agenas e Dm 77/2022.

Il volume parte da una riflessione sul diritto alla salute per sviluppare poi un'analisi sull'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale con un focus dedicato al quadro normativo (pre-post legge n. 833/1978). La disamina prosegue ponendo l'attenzione sul sistema di finanziamento, evidenziando il rapporto fra Stato e Regioni e il ruolo degli Enti Locali.

Il manuale analizza poi i principali aspetti del Ssn: la governance, l'organizzazione, l'integrazione sociosanitaria e la committenza, evidenziando il ruolo del cittadino, il welfare di comunità, i livelli essenziali di assistenza e la sanità integrativa.

Funzionale ad ampliare il contesto formativo un focus su sistemi informativi e informatici, della ricerca scientifica, del risk management e della sicurezza nei luoghi di lavoro. Presente anche un'utile rassegna normativa.



**Fosco Foglietta** una vita nel Sistema sanitario italiano: Direttore amministrativo nella Asl di Cesena, poi dal 1998 al 2010 Direttore Generale nelle Asl di Bologna sud e Ferrara. Vice presidente Fiaso (Federazione italiana delle aziende sanitarie ed ospedaliere) nel secondo quinquennio degli anni 2000. Dal 2011 al 2017, Presidente del Consiglio di Amministrazione Cup 2000 S.p.A. (sanità elettronica dell'Emilia-Romagna). Docente a contratto di varie università e di organismi di formazione internazionali. Autore di numerose pubblicazioni (7 volumi e centinaia di articoli in riviste specializzate).

**Contributi di:** Mattia Altini, Luca Dimasi, Alberto Fabbri, Diego Lorenzetti, Elena Prati, Anita Zeneli.



**Salute a tutti i costi.**  
 La sostenibilità della ricerca farmaceutica tra ambiente, economia e società

di **Nicole Ticchi**

L'insieme di azioni messe in atto per preservare la nostra salute ha molte conseguenze ambientali e sociali, che a loro volta si ripercuotono sulla salute stessa. Dopo un'esplorazione dei tre aspetti della sostenibilità nel mondo della ricerca farmaceutica, tra problemi e soluzioni, l'autore racconta i possibili margini di miglioramento.

**Codice Edizioni**  
 pp. 240  
 16,00 euro



**La borsa del medico**  
 Storia degli strumenti che hanno cambiato per sempre la medicina

di **Francesco Adami**

L'affascinante storia di dieci strumenti che hanno cambiato la medicina e il nostro modo di vivere, per sempre. Pagina dopo pagina si racconta come dietro l'invenzione di ogni strumento medico ci sia uno straordinario viaggio, in cui arte, scienza e cultura si sono amalgamati nelle vite di donne e uomini che hanno gettato le basi della moderna medicina.

**Hoepli**  
 pp. 160  
 12,90 euro



**La lotteria dei geni**  
 Come il Dna influenza la nostra vita e la società

di **Kathryn Paige Harden**

Non è solo questione di disposizioni materiali e fortuna se chi è soddisfatto del proprio lavoro o chi ha più denaro gode di una salute migliore. Sono i geni, lo dice la scienza. Il libro si muove tra gli aspetti filosofici e scientifici dell'eugenetica, abbattendo le idee di superiorità razziale proponendo un nuovo modello sociale basato sulla genetica comportamentale.

**Utet**  
 pp. 400  
 28,00 euro





## In un click la scienza medica

Arriva da Fondazione Menarini "House of Sciences" ([www.houseofsciences-fm.com](http://www.houseofsciences-fm.com)). È la nuova biblioteca scientifica virtuale dedicata a 9 aree terapeutiche, compresa la Coronavirus Library. Scopo dell'iniziativa è quello di favorire l'aggiornamento e la formazione degli operatori sanitari, attraverso informazioni scientifiche certificate dall'olimpio degli editor, grazie alla collaborazione con British Medical Journal. "La speranza è che questo nuovo servizio faciliti la comprensione di temi complessi in rapida e costante evoluzione e che possa essere utile ai professionisti sanitari sempre alla ricerca del meglio nella cura dei pazienti" spiega Lorenzo Melani, Presidente e Direttore Scientifico della Fondazione Menarini.



## Roche torna a farsi in 4

Roche Italia annuncia la nuova iniziativa di volontariato di impresa e di competenza "Roche torna a farsi in 4". Nel corso dell'anno, i dipendenti delle tre società del Gruppo - Pharma, Diagnostics, Diabetes Care - saranno coinvolti in 4.000 ore di attività come volontari o ambassador a sostegno della sostenibilità sociale, economica e ambientale, in pieno allineamento con gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. Il programma, realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Politiche della Famiglia, vedrà il coinvolgimento di associazioni identificate anche grazie al contributo di Fondazione Roche: CasAmica Odv, PizzAut Onlus, Legambiente e Lilt Milano Monza Brianza.



## Nuovi uffici "ripensati" dai dipendenti

Sanofi ha inaugurato recentemente a Milano i suoi nuovi uffici, nati da un percorso di ascolto delle esigenze dei propri dipendenti e collaboratori. Si tratta di una rivoluzione nel modello di lavoro che coinvolgerà le circa 500 persone nella sede milanese che potranno utilizzare i nuovi spazi ispirati dalle nuove abitudini emerse con lo smart working: aree flessibili e multifunzionali che vedono la quasi totale contiguità tra

zone di lavoro, relax e ristoro - proprio come avviene tra le mura domestiche - e zone dedicate al lavoro di team, alla condivisione e alla cocreazione, oltre che a servizi di supporto al collaboratore. Un nuovo modello pensato per incentivare confronto e socialità: nessuna postazione fissa, ma scrivanie e tavoli condivisi, che favoriscono lo scambio e la condivisione di idee, alternati a sale riunioni riservate. "Oggi le dinamiche sono completamente cambiate, e diventa fondamentale anticipare i tempi con scelte coraggiose orientate a supportare le nostre persone e i talenti che entrano in azienda. Comprenderne le esigenze ed essere pronti al cambiamento è oggi, riteniamo, il modo giusto per un'azienda come Sanofi" afferma Marcello Cattani, Presidente e Ad di Sanofi Italia.

## A sostegno delle persone con emofilia

Changing Haemophilia®, è il sito web realizzato da Novo Nordisk per colmare i bisogni insoddisfatti dei pazienti nell'ambito dell'emofilia e degli altri disordini rari della coagulazione. All'interno del sito è possibile trovare news, articoli di approfondimento e informazioni scientifiche destinate a chi sta convivendo con la malattia e ai caregiver. Il sito web oltre ad aiutare nella gestione della malattia, mette a disposizione degli utenti un collegamento alla lista dei centri Aice, Associazione Italiana Centri Emofilia consentendo di individuare quelli più vicini a sé.



## Nuova nomina in Angelini Pharma

Erik Lommerde è il nuovo International Chief Commercial Operations Officer di Angelini Pharma. Nel suo ruolo, riporterà gerarchicamente al Ceo Jacopo Andreose e farà parte dell'Executive Leadership Team. "Erik è una persona entusiasta e capace, con spiccate doti di leadership che, unite alla sua storia di successo, saranno determinanti per il successo di Angelini Pharma in Europa e nel mondo" ha dichiarato Andreose, alla guida di Angelini Pharma da febbraio 2022. Negli ultimi 15 anni, Erik Lommerde ha lavorato in Novo Nordisk, dove ha maturato una significativa esperienza di gestione commerciale internazionale, con ruoli di crescente responsabilità.

## In questo numero hanno scritto per noi

**MARCO ANNONI**  
Coordinatore Comitato  
Etico Fondazione Umberto  
Veronesi; Direttore The  
Future of Science and Ethics

**ALICE BASIGLINI**  
Associazione Italiana  
Ospedalità Privata, AIOP -  
Ufficio studi e statistiche e  
UEHP

**VINCENZO CARRIERI**  
Professore Ordinario  
di Economia Pubblica,  
Dipartimento di Scienze  
Sociali e Politiche, Università  
della Calabria

**GIULIANO CAZZOLA**  
Giuslavorista; Già dirigente  
della Fiom

**BARBARA CITTADINI**  
Presidente Associazione  
Italiana Ospedalità Privata,  
AIOP

**GIANFRANCO DAMIANI**  
Fondazione Policlinico  
Universitario A. Gemelli -  
IRCCS, Roma; Università  
Cattolica del Sacro Cuore,  
Roma

**MARIO DEL VECCHIO**  
CERGAS/SDA Bocconi

**MAURIZIO DI GIOSIA**  
Direttore generale della Asl  
di Teramo

**SALVINO LEONE**  
Docente di teologia morale e  
bioetica alla Facoltà teologica  
di Sicilia; Vicepresidente  
ATISM, Associazione di  
Teologia italiana per lo studio  
della morale

**FRANCESCO LONGO**  
CERGAS/SDA Bocconi

**GIUSEPPE MARIA  
MILANESE**  
Presidente Cooperativa  
Osa, Operatori Sanitari  
Associati e Confcooperative  
Sanità

**FULVIO MOIRANO**  
Già Direttore generale  
Agenas, Agenzia nazionale  
per i servizi sanitari  
regionali

**GIOVANNI MONCHIERO**  
Editorialista di Panorama  
della Sanità

**CARLO NICORA**  
Vicepresidente Federazione  
Italiana Aziende Sanitarie  
e Ospedaliere, FIASO;  
Direttore Generale IRCCS  
Istituto Nazionale Tumori  
Milano

**FABRIZIO NIGLIO**  
Direttore Area di Medicina  
Trasfusionale, Azienda USL  
Toscana nord ovest

**GIANDOMENICO NOLLO**  
Professore di  
Bioingegneria,  
Dipartimento Ingegneria  
Industriale, Università di  
Trento; Vicepresidente  
Vicario Società Italiana  
di Health Technology  
Assessment, SIHTA

**ANGELA PIRRI**  
Consiglio Nazionale delle  
Ricerche-Istituto di Fisica  
Applicata "Nello Carrara" -  
CNR IFAC, Firenze

**WALTER RICCIARDI**  
Professore di Igiene  
all'Università Cattolica del  
Sacro Cuore-Roma

**VALENTINA RIVA**  
Child Psychopathology

Unit-Scientific Institute IRCCS E.  
Medea

**DANNY SIVO**  
Responsabile UOSVD "Sicurezza  
e Sorveglianza Sanitaria" ASL BT

**FEDERICO SPANDONARO**  
Presidente C.R.E.A. Sanità;  
Università San Raffaele Roma;  
Università degli studi di Roma  
"Tor Vergata"

**GIUSEPPE TORTORA**  
ABzero

**MARCO TRABUCCHI**  
Professore di  
neuropsicofarmacologia,  
Università Tor Vergata di Roma;  
Presidente dell'Associazione  
Italiana di Psicogeriatrica, AIP

**KETTY VACCARO**  
Responsabile dell'Area Salute e  
Welfare del Censis



## QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

Ogni giorno, da 35 anni, OSA porta assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle case, nelle RSSA, negli ospedali, nei centri diurni e nella riabilitazione. Lo fa con oltre 4.000 soci e per più di 45 mila persone, su gran parte del territorio nazionale. Ma soprattutto, lo fa con una forza e una capacità straordinarie, che nascono dalla formazione, dall'esperienza e soprattutto dall'amore con cui ogni socio affronta la propria missione. Che sia nella vita di tutti i giorni o, come è successo per il Covid 19, nelle emergenze sanitarie fuori dall'ordinario.



[www.osa.coop](http://www.osa.coop) [info@osa.coop](mailto:info@osa.coop)



Operatori Sanitari Associati



# ALTEMS: L'ALTA FORMAZIONE PER I FUTURI MANAGER DELLA SALUTE

## MASTER E CORSI DI ECONOMIA E MANAGEMENT IN SANITÀ

Informati ora su  
[altems.unicatt.it](http://altems.unicatt.it)



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



**ALTEMS**  
ALTA SCUOLA DI ECONOMIA  
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI